

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR  
RENÉE MALTAIS

CONTRIBUTION À LA VALIDATION DU TEST DE DÉPISTAGE DE LA VIOLENCE  
PARENTALE (TDVP): ANALYSE D'UNE  
POPULATION CLINIQUE.

AVRIL 1992

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.



## TABLE DES MATIÈRES

	Page
LISTE DES TABLEAUX .....	v
LISTE DES FIGURES .....	vii
RÉSUMÉ .....	viii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE PREMIER - CONTEXTE THÉORIQUE .....	5
Le phénomène de la maltraitance .....	6
Historique du phénomène de la maltraitance .....	6
Définition des différentes formes de maltraitance .....	8
Incidence .....	9
Facteurs reliés à la maltraitance .....	10
Les conséquences de l'abus physique .....	13
Le repérage et le dépistage d'enfants maltraités .....	16
Importance du dépistage .....	16
Façons actuelles de repérer les enfants maltraités .....	16
Instruments pouvant dépister les mauvais traitements .....	17
La problématique et les hypothèses de recherche .....	26
CHAPITRE II - MÉTHODOLOGIE .....	28
Échantillon .....	29
Instrument .....	31
Administration du TDVP .....	32
Échelles de cotation du TDVP .....	33
Analyse clinique .....	34
Procédures .....	39
CHAPITRE III - ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS .....	42
Validité discriminante des échelles de cotation .....	43
Comparaison avec les résultats des témoins de l'étude de validation de Palacio-Quintin (1991) .....	49
Analyse clinique .....	51
Étude des différences quant au nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques .....	52
Différences de moyennes de rangs des sujets des deux groupes pour les différentes caractéristiques cliniques .....	54

Étude des différences quant au nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques à chacune des cartes . . . . .	56
Étude des différences de moyennes de rang des sujets des deux groupes pour les différentes caractéristiques cliniques à chacune des cartes . . . .	57
Interprétation des résultats obtenus pour l'analyse clinique . . . . .	57
Interprétation carte par carte . . . . .	58
CONCLUSION . . . . .	60
APPENDICE 1 - Tableaux des différences du nombre de sujets par groupe pour chacune des cartes . . . . .	64
APPENDICE 2 - Tableau des différences de moyennes de rangs entre les groupes pour chacune des cartes . . . . .	75
REMERCIEMENTS . . . . .	80
RÉFÉRENCES . . . . .	81

## LISTE DES TABLEAUX

	Page
Tableau 1 - Caractéristiques de l'échantillon . . . . .	30
Tableau 2 - Sujets et figures représentées sur chacune des cartes . . . . .	32
Tableau 3a - Grille de cotation des comportements et des sentiments attribués aux personnages parentaux, tirée de Palacio-Quintin (sous presse) . . . . .	34
Tableau 3b - Grille de cotation des comportements et des sentiments attribués aux personnages enfants, tirée de par Palacio-Quintin (sous presse) . . . . .	35
Tableau 4a - Définitions et exemples des défenses utilisées avant la formation du surmoi . . . . .	37
Tableau 4b - Définitions et exemples des défenses utilisées avant la formation du surmoi . . . . .	38
Tableau 5 - Moyennes et écarts-types pour les comportements des personnages parents et enfants des récits du TDVP pour les groupes clinique et violenté . . . . .	44
Tableau 6 - Score discriminant pour l'ensemble des sujets et sa signifiante statistique . . . . .	46
Tableau 7 - Résultats de la classification des groupes clinique et violenté par la fonction discriminante . . . . .	47
Tableau 8 - Coefficients de discrimination des quatre variables dépendantes . . . . .	48
Tableau 9 - Moyennes et écarts-types pour les comportements des personnages parents et enfants des récits du TDVP pour les groupes clinique et violenté de la présente recherche et pour le groupe contrôle de l'étude de Palacio-Quintin (1991) . . . . .	50
Tableau 10 - Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques . . . . .	53
Tableau 11 - Différences de moyennes de rangs des sujets des deux groupes pour les différentes caractéristiques cliniques . . . . .	55
Tableau 12 - Différences significatives pour le nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour chacune des cartes . . . . .	56

Tableau 13 - Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 1 (Heure du repas) . . . . .	65
Tableau 14 - Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 2 (Pipi au lit) . . . . .	66
Tableau 15 - Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 3 (Enfant bruyant) . . . . .	67
Tableau 16 - Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 4 (Pot de fleurs brisé) . . . . .	68
Tableau 17 - Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 5 (Enfant tombé en bas de l'escalier) . . . . .	69
Tableau 18 - Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 6 (Enfant amenant des fleurs)	70
Tableau 19 - Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 7 (Enfant prenant ou rangeant quelque chose dans une armoire) . . . . .	71
Tableau 20 - Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 8 (Enfants se chamaillant) . . .	72
Tableau 21 - Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 9 (Enfant sali ou blessé) . . .	73
Tableau 22 - Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 10 (Heure du coucher) . . .	74
Tableau 23 - Différences de moyennes de rangs des sujets des deux groupes pour les différentes caractéristiques cliniques obtenues à chacune des cartes	76

## LISTE DES FIGURES

	Page
Figure 1 - Comparaison des scores moyens aux échelles de cotation obtenus par les groupes clinique et violenté . . . . .	44
Figure 2 - Histogramme de la fréquence des scores discriminants obtenus par l'ensemble des sujets des groupes clinique et violenté . . . . .	46
Figure 3 - Comparaison des scores moyens des groupes clinique et violenté à ceux du groupe témoin ayant servi à la première validation de l'épreuve . . . . .	50



## Résumé

Palacio-Quintin (1991) a construit un test semi-projectif permettant de dépister les enfants victimes de violence parentale: le TDVP. Les résultats d'une première validation de l'épreuve indiquent que l'instrument permet de discriminer les enfants violentés des normaux dans 88,46% des cas (Palacio-Quintin, sous presse).

Afin de contribuer au raffinement de la validité du TDVP, la présente recherche a comparé les réponses de 17 enfants perturbés non maltraités de 4 à 6 ans à celles de 17 enfants violentés du même âge. L'analyse quantitative faite à partir de la grille de correction démontre que l'épreuve permet de différencier 70,59% des sujets. D'une façon plus spécifique, ce sont les sous-échelles parent négatif, parent positif et enfant positif qui permettent une classification correcte des sujets.

Les scores moyens obtenus par le groupe clinique et le groupe violenté pour les échelles de cotation de l'épreuve ont également été comparés à ceux obtenus par les enfants témoins normaux ayant servis à la première validation de l'épreuve. Les résultats indiquent que les enfants violentés présentent des relations plus négatives avec leurs parents par rapport aux deux autres groupes et que chez les cliniques, les relations sont moins bonnes que chez les témoins.

Quant aux résultats obtenus pour l'analyse clinique, ils ont permis de constater que les enfants violentés sont significativement plus nombreux à utiliser les différents mécanismes de défense associés au surmoi, et ce, particulièrement à la carte 1. De plus, un grand nombre d'enfants violentés utilisent des défenses aux cartes 4 et 6 ainsi que le refoulement pour l'ensemble du test. Quant à ceux composant le groupe clinique, leur besoin d'exprimer leur

vécu se manifeste par leur tendance à faire davantage de persévération. Les résultats de cette analyse pourraient donc venir appuyer les diagnostics dans les cas de résultats quantitatifs peu discriminatifs.

## Introduction

En 1986, les chiffres officiels sur l'incidence américaine de maltraitance (American Association for Protecting Children, 1988) révélaient que 2 200 000 cas avaient été signalés comme abusés et/ou négligés. Au Québec, pour 1984-85, Séguin et Rocheleau (1988) estimaient que plus d'un enfant québécois sur cent avaient été affectés par ce problème. Même si les gens sont de plus en plus conscients de l'ampleur du phénomène des enfants maltraités, tous les cas ne sont pas signalés, et de ce nombre une faible proportion est considérée comme fondée. En 1988-89, sur les 32 000 signalements reçus par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) de l'ensemble du territoire québécois, seulement 2 071 ont été considérés comme crédibles après vérifications. De ce nombre, 900 l'étaient pour abus physique (Comité de la protection de la jeunesse, 1989).

Différentes études ont constaté l'importance des séquelles de l'abus physique. Parmi les principales séquelles physiques, mentionnons des dommages cérébraux, des dysfonctionnements neurologiques (Martin et Rodeheffer, 1976) et des retards de croissance (Whitten, 1981). Au niveau cognitif, les enfants maltraités ont un développement intellectuel inférieur (Cryan, 1985; Perry *et al.*, 1983). Les conséquences affectives s'expriment différemment selon l'âge. Les bébés présentent des comportements d'apathie, d'irritabilité et des pleurs fréquents (Lyon-Ruth *et al.*, 1987). Plus âgés, les enfants violentés sont plus anxieux et agressifs (Egeland *et al.*, 1983). Certains extériorisent leurs émotions (hyperactivité, opposition, impulsivité, passage à l'acte) tandis que d'autres les intériorisent (dépression, retraits, craintes persistantes) (Krugman et Krugman, 1984).

Il est donc primordial de repérer les enfants violentés et de leur venir en aide avant que les séquelles deviennent inévitables. Actuellement, les enfants repérés le sont par références médicales ou par dénonciation à la DPJ de la part de personnes ayant eu l'occasion d'observer les comportements du parent maltraitant, ayant vu des séquelles physiques sur l'enfant ou ayant reçu ses confidences. La dénonciation ne peut alors se faire que lorsque la situation de mauvais traitement est installée depuis suffisamment de temps pour que des signes externes soient évidents ou pour que l'enfant soit assez âgé pour venir se confier (Palacio-Quintin, 1989). Peu d'enfants maltraités sont donc identifiés et plusieurs le sont tardivement.

L'utilisation de stratégies de détection objective pourrait aider à résoudre le problème. Plusieurs instruments ont été construits dans l'objectif de dépister la maltraitance en se servant d'informations recueillies auprès des parents, mais à ce jour, aucun permet de dépister précocement l'abus physique en interrogeant directement la victime: l'enfant. Pour combler cette lacune, Palacio-Quintin (1989) a construit un instrument: le Test de Dépistage de Violence Parentale (TDVP). Une première étude de validation effectuée par l'auteure (sous presse) a révélé que le test différencie adéquatement les enfants violentés des non maltraités.

Les experts en psychométrie s'entendent pour dire que la validité est l'une des plus importantes qualités psychométriques que doit posséder un test (National Committee on Test Standards, 1967). Elle indique le degré selon lequel un instrument permet de répondre aux questions posées et de différencier les individus. Même si le TDVP discrimine les sujets violentés des témoins normaux, il y a lieu de se demander si cette épreuve peut distinguer correctement les violentés de ceux ayant des problèmes psychologiques. Ce mémoire a donc pour objectif de contribuer à l'étude de la validité du TDVP construit par Palacio-Quintin (1989) en comparant les réponses d'enfants non maltraités suivis dans un centre de

consultation psychologique aux réponses des enfants violentés. Pour cela, une analyse discriminante effectuée à partir des résultats obtenus aux échelles de cotation élaborées par l'auteur du TDVP et une analyse clinique des verbatims seront effectuées. Les scores moyens obtenus par ces deux groupes pour les quatre échelles de cotation seront également comparés à ceux du groupe témoin ayant servi à l'étude de validation du TDVP effectuée par Palacio-Quintin (sous presse). Cette comparaison permettra de situer les groupes par rapport aux autres.

Ce mémoire est présenté en trois chapitres. Le premier contient le contexte théorique ayant permis de mettre en évidence la problématique et de définir les hypothèses de cette recherche. Le deuxième chapitre décrit de façon détaillée la méthodologie et le troisième est destiné à la présentation et à l'analyse des résultats obtenus.

Chapitre premier

Contexte théorique

## Le phénomène de la maltraitance

Ce chapitre porte sur la pertinence de développer un instrument standardisé permettant de dépister la violence parentale en se servant d'informations recueillies auprès de l'enfant. Afin de mieux cerner le phénomène de la maltraitance, la première partie sera consacrée à l'historique, aux définitions des différentes formes de mauvais traitements, à l'incidence, aux facteurs reliés à cette problématique et à ses conséquences. Dans la seconde partie, la recension des tests ayant pour objectif de dépister les mauvais traitements permettra de percevoir les lacunes de ce champ d'évaluation. Par la suite, l'instrument retenu sera décrit. L'objectif de la recherche et les hypothèses soumises à la vérification empirique seront finalement présentés.

### Historique du phénomène de la maltraitance

Bien qu'il soit possible de retrouver des écrits faisant mention de lois protégeant les enfants jusque dans l'Antiquité (Code de Hammurabi, lois romaines limitant l'abus paternel), l'origine véritable de la protection de l'enfant au niveau occidental se situe aux États-Unis vers 1874 avec le cas de la jeune Mary Ellen, violente et négligée par sa mère. Elle fut la première à être défendue devant les tribunaux américains par la Société américaine de prévention de la cruauté envers les animaux. Cet événement conduit à la fondation en 1875 de la Société pour la protection de l'enfant. Cette société a été régie par le même organisme que la Société de prévention de la cruauté envers les animaux jusqu'aux années 1920. Une autre étape importante dans l'évolution de l'intérêt social à l'égard des enfants maltraités est la création de la cour juvénile en 1900. Jusqu'à la fin des années 1950, la définition et l'intervention auprès de l'enfant maltraité étaient gérées par les systèmes social et légal (Cichetti, 1989).



Au début des années 1960, la recherche américaine sur les mauvais traitements envers les enfants a eu un impact important au niveau social. Les travaux de Kempe et de ses collègues qui menèrent à la publication de leur article "Le syndrome de l'enfant battu" en 1962 ont fait naître un intérêt national. Cet article a eu pour conséquences de faire jouer un rôle de premier plan à la profession médicale. Le problème social de l'enfant ayant subi des mauvais traitements est alors devenu une préoccupation médicale. À partir de ce moment, et cela jusqu'en 1973, les 50 états américains adoptèrent une loi qui obligeait tout professionnel intervenant auprès des enfants à signaler toute situation abusive (Cichetti et al., 1978 dans Cichetti, 1989).

Au Québec, le phénomène de la protection de l'enfant a suivi une évolution semblable à celle des États-Unis. À partir de 1800, les premières lois concernant la protection de l'enfant ont paru (loi des écoles industrielles et loi de l'assistance publique). Avant 1920, c'était la famille et les établissements privés subventionnés par l'État qui prenaient soin des orphelins et des enfants en besoin de protection. De 1921 à 1950, les religieux se sont occupés des enfants abandonnés. En 1924, la première loi d'adoption est promulguée et vise à permettre aux enfants abandonnés ou orphelins d'avoir une famille. Entre 1950 et 1972, la loi relative aux écoles de protection de la jeunesse ainsi que celle concernant les écoles de réforme et la loi du bien-être social ont été créées (Dubé et St-Jules, 1987). En 1977, avec la création de la Loi sur la protection de la jeunesse, le Québec met l'accent sur la responsabilité collective des citoyens en regard à l'enfant en besoin de protection. Cette loi oblige tout citoyen ainsi que tout professionnel, même tenu par le secret de sa profession, à signaler sans délai les situations pouvant compromettre la sécurité ou le développement d'un enfant au Comité de la Direction de la protection de la jeunesse (Myre, 1986). Son rôle est de recevoir les signalements, de

procéder à une évaluation et, si la situation l'exige, la prise en charge de celle-ci. S'il y a effectivement mauvais traitements, deux types de mesures peuvent être prises pour améliorer la situation d'abus ou de négligence. Il y a d'abord les mesures volontaires où les parents et l'enfant, si ce dernier a plus de 14 ans, acceptent d'eux-mêmes d'appliquer les mesures recommandées. Si l'un d'eux refuse de respecter les mesures volontaires, le Tribunal de la jeunesse impose aux parents et à l'enfant des mesures obligatoires (Ouellet, 1978).

Au niveau scientifique, il a déjà été mentionné que les premières recherches sur le maltraitement ont porté sur l'aspect médical (Caffey, 1957; Kempe, 1962). Par la suite, les auteurs se sont intéressés à l'aspect psychiatrique (Green *et al.*, 1974) et à l'aspect sociologique (Parker et Coolmer, 1975). Vers la fin des années 1970, plusieurs travaux inspirés du modèle écologique de Bronfenbrenner ont été faits (Belsky, 1980; Garbarino, 1977). Au cours des dix dernières années, des recherches de plus en plus nombreuses sur le développement cognitif, linguistique, socio-émotionnel et sociocognitif de l'enfant maltraité sont parues.

#### Définition des différentes formes de maltraitance

Selon Dubé et St-Jules (1987), les principaux critères de définition de la maltraitance réfèrent à la nature et aux conséquences des gestes posés, à la notion d'intention, aux comportements des parents et aux caractéristiques de l'enfant. Toutes les attitudes ou actes qu'un parent ou une personne responsable de l'enfant pose ou omet de poser de façon non accidentelle et qui peuvent menacer la santé physique ou mentale, le développement ou la vie de l'enfant peuvent être considérés comme des mauvais traitements (Tourigny, 1988). Les deux principales formes de mauvais traitements sont la négligence et l'abus. La négligence "survient lorsqu'un parent ou une personne ayant la responsabilité de l'enfant omet de dispenser à ce

dernier les soins nécessaires aux plans de la santé, de l'hygiène corporelle, de l'alimentation, de la surveillance, de l'éducation ou des besoins affectifs". Quant à l'abus, il "résulte d'un acte non accidentel commis par un parent ou une personne responsable d'un enfant et qui cause ou menace de causer du tort à la santé physique, mentale ou émotionnelle de ce dernier" (p. 43) (Rouleau, 1984). L'abus peut donc être de nature physique, sexuelle ou psychologique. L'abus physique inclut tout geste posé qui provoque de façon non accidentelle des blessures et/ou des traumatismes (Myre, 1986). L'abus sexuel se définit comme étant "un acte sexuel imposé à un enfant dont le développement tant affectif que cognitif ne lui permet pas d'en comprendre pleinement la nature et qui est incapable de donner un consentement éclairé aux gestes posés qui, en général, vont violer les tabous et les interdits sociaux" (p. 25) (Dubé et St-Jules, 1987). L'abus psychologique se manifeste par des marques de dépréciation ou d'agressivité envers l'enfant (Myre, 1986).

### Incidence

Au niveau social, la sensibilisation des gens à l'égard de ce phénomène a eu pour effet d'accroître le nombre de plaintes et le nombre de cas reconnus comme étant maltraités. Aux États-Unis, les plaintes pour mauvais traitements sont passées de 7000 en 1967 à 600 000 en 1978. En 1986, les chiffres officiels sur l'incidence américaine de maltraitance révélaient que 2 200 000 cas avaient été signalés (American Association for Protecting Children, 1988).

Au Québec, le problème des enfants maltraités prend également de plus en plus d'ampleur. Selon Séguin et Rocheleau (1988), plus d'un enfant québécois sur cent ont été affectés par ce problème en 1984-85. En 1987, la Direction de la protection de la jeunesse a reçu 37 000 signalements d'enfants victimes de mauvais traitements. Dans la seule région 04,

la DPJ est intervenue auprès de 1800 familles en 1987 dont 450 concernaient des enfants de moins de 5 ans (Palacio-Quintin, 1989).

Même si le nombre de plaintes pour situations d'abus et/ou de négligence a augmenté, il est important de ne pas confondre les cas signalés et ceux considérés comme fondés. En 1988-89, sur les 32 000 signalements reçus par le Comité de la protection de la jeunesse de l'ensemble du territoire québécois, seulement 2071 ont été considérés comme crédibles après vérifications. De ce nombre, 900 l'étaient pour abus physique. Selon plusieurs auteurs, l'écart entre le nombre de signalements et le nombre de cas considérés comme fondés est relié à la proportion de services disponibles (Groeneveld et Giovannoni, 1977; Tourigny, 1988). En plus des cas d'enfants repérés qui ne recevront jamais l'aide dont ils ont droit, il y a ceux qui ne seront jamais signalés. En 1976, Robinson affirmait que seulement 25% des cas d'enfants maltraités du Québec et de l'Ontario était détecté et que 1,5% des cas était reconnu comme fondé. Il expliquait cette sous-représentation par un manque de moyens efficaces de diagnostic et de dépistage, moyens qui ont peu évolués depuis 1976.

#### Facteurs reliés à la maltraitance

Les mauvais traitements\* s'expliquent par un ensemble de facteurs qui, juxtaposés, viennent détériorer la relation parent enfant et compromettre le développement physique, affectif, social et cognitif de l'enfant.

L'enfance des parents abuseurs a souvent été difficile. Plusieurs ont souffert de rejet,

---

\* Comme la plupart des auteurs considèrent que l'abus sexuel a des causes et des conséquences différentes des autres formes de mauvais traitements, seuls l'abus physique, psychologique et la négligence seront désormais inclus dans le terme "maltraitance ou mauvais traitements".

d'indifférence, d'hostilité, ont été victimes de pratiques éducatives anormales et ont souvent été eux-mêmes victimes d'abus physique, d'abus psychologique et de négligence durant leur enfance (Council on Scientific Affairs, 1985; Ethier et Palacio-Quintin, 1991; Kempe, 1976). L'impact de cette enfance difficile est grand.

Moins de 10% des parents maltraitants souffrent de graves problèmes de santé mentale (Drouin, 1980; Zeller et Messier, 1987). Peu de parents maltraitants sont psychotiques ou névrosés, mais une plus grande proportion de ceux-ci sont considérés comme ayant une personnalité état-limite (Green, 1984; McCarthy, 1990). Ils sont davantage narcissiques (Elridge et Finnican, 1985), dépressifs, peu tolérants à la frustration (Wood-Shuman et Cone, 1986) et ont des traits de personnalité antisociale (Estroff et al., 1984; Kaplan et al., 1983). Plusieurs d'entre eux ont également des comportements d'addiction (Council on Scientific Affairs, 1985). Un parent ayant ces caractéristiques de personnalité n'est pas nécessairement maltraitant, mais parmi eux, ceux qui vivent des changements de vie rapides, ou dans des conditions inadéquates, auront plus de chances de vivre un stress qui les rendra incapables de faire face aux changements et qui les amènera à maltraiter leurs enfants. Le rejet de l'enfant sera en continuité avec le rejet que le parent a lui-même subi (Main et Goldwyn, 1984).

L'un des principaux facteurs de stress reliés au phénomène de la maltraitance est l'isolement (Bouchard et al., 1987; Council on Scientific Affairs, 1985) car il réduit l'accessibilité à un soutien social adéquat et nécessaire dans les moments difficiles. Il peut être dû à de nombreux déménagements, à une incapacité à établir et à maintenir des relations d'amitié, à un quartier ayant peu ou pas de ressources à offrir et à la monoparentalité (Tourigny, 1988). Ce dernier facteur augmente le stress du parent car les responsabilités sont alors plus importantes que lorsque deux parents sont présents (Chamberland et al., 1986).

Certains auteurs ont constaté que deux grossesses en moins de 18 mois (Winikoff, 1983) et la naissance d'un enfant alors que la mère a moins de 21 ans (Groothuis et al., 1982; Lynch et Roberts, 1977) sont des facteurs à risque de maltraitance. Baldwin et Oliver (1975) ont également constaté que 50% des familles où il y a des mauvais traitements ont plus de quatre enfants et que 75% en ont plus de trois. Ils affirment que l'illégitimité est aussi une caractéristique significative. En effet, 23% des enfants maltraités de leur échantillon sont illégitimes comparativement à 6,7% dans la population générale. Selon ces auteurs, 76% des enfants composant le groupe des maltraités vivent avec leurs parents naturels mais que dans 24% des cas, un des parents naturels a déjà divorcé et que dans 18% des cas, le père a été au loin pour une longue période.

Un travail dévalorisant, une condition socio-économique faible (Chamberland et al., 1986) et le chômage (Steinberg et al., 1981) amènent également un sentiment d'impuissance et de frustration chez le parent. La famille devient parfois le seul lieu où ce dernier peut se défouler et regagner un certain pouvoir ouvrant ainsi la porte à de possibles scènes d'abus et de violence envers les enfants. Le chômage est une situation particulièrement à risque d'abus physique, non seulement parce qu'il place la famille dans une situation économique difficile et qu'il affecte le parent dans sa confiance en lui, mais également parce que ses contacts avec l'enfant deviennent plus fréquents, ce qui augmente les possibilités de conflits (Tourigny, 1988).

Les parents maltraitants ont une image très négative d'eux-mêmes (Kaplan et al., 1983) et cherchent à combler leurs manques dans leur relation avec leur enfant. Cela a entre autres comme conséquence d'handicaper les capacités des parents à percevoir de façon juste le potentiel réel de leur enfant. Ils ont tendance à avoir des idées irréalistes et des demandes très

grandes vis-à-vis de leur enfant qui est souvent appelé à jouer un rôle inapproprié pour son âge (Azar et Rohrbeck, 1986; Wolfe et Mosk, 1983).

Des travaux considèrent également que certaines caractéristiques de l'enfant peuvent le prédisposer à la maltraitance. Plusieurs auteurs affirment qu'il y a un lien direct entre l'abus et la prématurité (Council on Scientific Affairs, 1985; Friedrich et Boriskin, 1976). Les enfants qui sont porteurs de maladies chroniques, de handicaps physiques, de problèmes congénitaux, et les jumeaux sont aussi plus à risques d'abus et de négligence (Friedrich et Boriskin, 1976; White et al., 1987). Ces enfants sont souvent plus instables, désorganisés et sensibles au stress. Cela peut amener de la détresse chez la mère, ce qui renforce le comportement de l'enfant (Friedrich et Boriskin, 1976) qui devient ainsi davantage à risque de maltraitement (Frodi et Lamb, 1980). Les enfants qui paraissent plus vieux que leur âge sont aussi plus nombreux à être maltraités. Peut-être parce que les parents ont alors des attentes plus grandes (Jaude et Diamond, 1985; McCabe, 1984).

Jusqu'ici, la problématique de la maltraitance a été abordée globalement car, même si de plus en plus de recherches tentent de trouver des différences entre l'abus physique et la négligence, la plupart ont été faites sans tenir compte de ces deux formes de mauvais traitements. Étant donné que ce mémoire porte sur l'étude d'un instrument visant à dépister les enfants victimes de violence parentale, une attention particulière sera désormais portée à ce type de mauvais traitement.

#### Les conséquences de l'abus physique

Les séquelles de l'abus physique sont importantes tant sur les plans physique, cognitif,

qu'affectif. Au niveau physique, outre les cicatrices et les difformités résultant des lésions visibles telles que les coupures, les brûlures, les hématomes et les fractures (Lynch, 1988), des hémorragies intercrâniennes, des blessures au cerveau (Baldwin et Oliver, 1975) et des retards de croissance (Lynch et Roberts, 1977) ont été constatés. Dans une étude longitudinale, Lynch et Roberts (1978) ont rapporté que 10% des enfants abusés physiquement montrent des troubles neurologiques sévères et que 15% en ont des modérés. Ces lésions peuvent occasionner des retards mentaux ou des troubles neurologiques. Après le "syndrome de la mort du nourrisson", les mauvais traitements infligés aux enfants sont la principale cause de mort entre l'âge de six mois et un an (Myre, 1986).

Au niveau cognitif, les études indiquent un développement intellectuel inférieur chez les enfants maltraités (Cryan, 1985; Hénault et Palacio-Quintin, 1990). Les enfants violentés paraissent moins capables d'attention, moins performants dans des situations d'apprentissage (Barahal et al., 1981) et leur expression verbale est moins bonne (Bousha et Twentyman, 1984; Lynch, 1988). Ils ont des résultats plus bas sur les échelles d'intelligence et de développement (Appelbaum, 1977; Jourdan-Ionescu et al., 1991). Ils présentent des désordres d'apprentissage surtout au niveau de la compréhension et de la production, désordres qui contribuent à leur retard de lecture. (Hoffman-Plotkin et Twentyman, 1984). Leurs problèmes scolaires peuvent en partie s'expliquer par leurs troubles neurologiques et leurs retards de développement (Farber et Joseph, 1985; Oates et al., 1984).

Au niveau affectif, les conséquences sont nombreuses. Les jeunes enfants victimes de mauvais traitements présentent des comportements d'apathie, d'irritabilité, d'isolement, des pleurs fréquents (Lyon-Ruth et al., 1987) et ils sont très insécures (Carlson et al., 1989). Plus âgés, les enfants violentés ont tendance à se percevoir comme responsables des actes dont ils



sont victimes et leur estime de soi est faible (Cryan, 1985; Kinard, 1980). Ils sont méfiants (Cryan, 1985; Slade et al., 1984), ont moins d'amis, recherchent moins de contacts sociaux, montrent moins d'empathie envers les autres et leur intégration sociale est difficile (Gregory et Beveridge, 1984; Howes et Espinosa, 1985). Baldwin et Oliver (1975) ont constaté que plusieurs enfants violentés ont peur des adultes. Cette crainte est souvent extrême et associée à des situations dans lesquelles l'abus a eu lieu, par exemple, durant l'apprentissage de la propreté (bain, toilette) ou le jeu.

Les enfants violentés présentent également un taux d'anxiété et d'agressivité plus élevé (Egeland et Sroufe, 1981; Ethier et al., 1991; Georges et Main, 1979). Chez certains enfants, l'agressivité s'exprime par de l'hyperactivité (Baldwin et Oliver, 1975; Krugman et Krugman, 1984), de l'opposition (Gaensbaur et Sands, 1979; Georges et Main, 1979), de l'impulsivité (Egeland et Sroufe, 1980) et de la violence envers autrui (Farber et Joseph, 1985; Gaddini, 1984). Mais la peur d'être à nouveau victimes de sévices, les amène à déplacer leur agressivité sur les autres enfants plutôt que de l'exprimer contre ceux qui en sont la cause (Kinard, 1982). L'agressivité peut également être intériorisée. Il en résultera des cauchemars, des craintes persistantes, une tendance au retrait et des sentiments dépressifs (Krugman et Krugman, 1984).

À l'adolescence et à l'âge adulte, plusieurs développent une personnalité état-limite (Herman et Perry, 1989) qui peut s'exprimer à travers des comportements antisociaux (Farber et al., 1984; McCord, 1983), de la prostitution (Densen-Gerber, 1979), des fugues et une dépendance à la drogue (Farber et Joseph, 1985; Swartz, 1986). La faible tolérance à la frustration et la tendance au passage à l'acte sur autrui peut en amener certains à devenir eux-mêmes parents violents (Straus, 1979) ou à commettre des homicides (Blumberg, 1981;

Farber et Joseph, 1985). Certaines recherches ont également permis de constater une plus grande incidence de dépression (Farber et Joseph, 1985; Kazdin et al., 1985) et de comportements auto-destructeurs tels que des tentatives de suicide, de l'automutilation et des idéations suicidaires (Blumberg, 1981; Farber et Joseph, 1985).

### Le repérage et le dépistage d'enfants maltraités

#### Importance du dépistage

Selon Patterson (1971), un spécialiste de la théorie de l'apprentissage social, les enfants apprennent des comportements désirables dans la mesure où le parent les souligne et les renforce. Si le parent est plutôt négatif, dévalorisant et punitif, comme c'est souvent le cas pour les parents d'enfants abusés, l'enfant deviendra agressif et très désobéissant car ce sera son unique façon d'obtenir l'attention. Plus l'enfant sera violenté et plus ses réactions seront indésirables. Les comportements de l'enfant et ceux du parent se renforceront mutuellement. Pour éviter que le mode relationnel entre l'adulte abuseur et l'enfant soit solidement installé et que des séquelles permanentes apparaissent chez l'enfant, il serait utile de disposer de moyens permettant le dépistage des enfants abusés.

#### Façons actuelles de repérer les enfants maltraités

Au Québec, le repérage des enfants maltraités se fait présentement par référence médicale ou par dénonciation à la DPJ de la part de personnes ayant eu l'occasion d'observer les comportements du parent maltraitant, ayant vu des séquelles physiques sur l'enfant ou ayant reçu de ses confidences. La dénonciation ne peut alors se faire que lorsque la situation de

mauvais traitements est installée depuis suffisamment de temps pour que des signes externes soient évidents ou pour que l'enfant soit assez âgé pour venir se confier (Palacio-Quintin, 1989).

Plusieurs auteurs (Hallett, 1988; Robinson, 1976) affirment que les cas d'abus repérés ne sont qu'une petite proportion du nombre de maltraités actuels dans la société. D'autres vont même jusqu'à affirmer que les organismes de protection de l'enfant exécutent plus souvent des procédures dans des familles dont le revenu socio-économique est faible (Hyman, 1980; Kempe et Kempe, 1978). Selon ces auteurs, cette tendance est en partie due à la plus grande attention que les intervenants portent aux groupes socio-économiquement défavorisés. La faible prévalence de maltraitement dans les classes sociales favorisées peut aussi s'expliquer par la tendance à croire que les blessures que les parents de ces milieux infligent à leurs enfants sont des accidents (Gelles, 1977). L'utilisation de méthodes plus objectives permettant une identification standardisée pourrait donc être une aide précieuse à l'intervenant social car elle permettrait de renforcer un diagnostic ou être employée comme outil de dépistage.

#### Instruments pouvant dépister les mauvais traitements

Des auteurs ont essayé de détecter les parents d'enfants maltraités, ou ceux à risque de l'être, en se servant de caractéristiques fréquemment associées aux familles maltraitantes telles que les habiletés et les attitudes parentales (Avison et al., 1986; Paulson et al., 1976), le support social de la famille, les attentes face à l'enfant (Azar et Rohrbeck, 1986) et le niveau d'agressivité des parents (Paulson et al., 1976; Plotkin et al., 1982). Dans une perspective de dépistage de la violence parentale, l'utilisation de questionnaires évaluant ces facteurs s'avère inadéquate, car pris un à un, ils ne sont pas spécifiques à cette problématique. Pour augmenter

les chances d'obtenir un diagnostic fiable et fidèle, certains questionnaires ont été élaborés à partir des principales caractéristiques reliées aux mauvais traitements. Plusieurs de ces questionnaires ont pour objectif d'identifier les parents potentiellement à risque de maltraiter leurs enfants afin de leur venir en aide avant que ne débute l'abus et/ou la négligence.

En 1975, Altemeier et al. (1984) ont tenté de dépister les enfants à risque d'abus en questionnant des mères à leur première visite prénatale. L'interview de forme semi-structurée comprenait différents questionnaires. Le Maternal History Interview (MHI) servait à explorer le type d'éducation de la mère, son estime de soi, son support social, sa philosophie parentale, son attitude par rapport à sa grossesse actuelle et son histoire médicale incluant l'alcoolisme ou la toxicomanie. Le Life Stress Inventory a été utilisé pour déterminer l'incidence de stress de la mère et du père au cours de l'année précédant l'entrevue. Des questions sur les connaissances et les attentes de la mère par rapport au développement de l'enfant et d'autres sur des renseignements démographiques ont également été incluses à l'interview. Sur les 1400 femmes formant l'échantillon, 273 ont été considérées comme à haut risque d'abus sur leur enfant. Dix à 24 mois après la naissance de l'enfant, 6% de ces mères ont été rapportées comme étant maltraitantes comparativement à 1% pour les 1127 n'ayant pas été soupçonnées. Même si ce type d'interview permettait de dépister certains enfants abusifs, le taux élevé de faux positifs en a limité l'utilisation pratique. Pour améliorer la qualité du diagnostic, Altemeier et al. ont utilisé une analyse de régression afin de sélectionner les meilleurs indices de prédiction. Vingt indices considérés comme forts ont été retenus. De ce nombre, les plus significatifs sont l'impression subjective de l'enquêteur, le manque de domicile fixe, des tendances à la fabulation, une enfance malheureuse, une grossesse non désirée et d'autres circonstances suggérant que l'enfant et la mère sont fragiles. La corrélation de ces indices avec

la maltraitance a été de 0,44 comparativement à 0,15 pour la valeur prédictive de l'interview dans sa forme originale.

Disbrow, Doerr et Caufield (1977) ont développé une batterie de tests permettant d'identifier les parents pouvant potentiellement abuser ou/et négliger leur enfant. Les variables étudiées ont été l'histoire familiale des parents (demande de haute performance pour satisfaire les besoins des parents, passé d'abus ou de négligence, sentiment d'être mal aimés, incompris, sans soin et sans valeur), leur personnalité (manque d'empathie, incapacité à se confier et faible estime de soi), la qualité de l'attachement à l'enfant (grossesse anormale, accouchement problématique, séparation après la naissance, autre séparation dans les premiers six mois), maladie de l'enfant au cours de sa première année de vie (maladie sérieuse ou congénitale), la qualité de l'interaction parent/enfant, les attitudes éducatives des parents (l'enfant est considéré comme l'instigateur de l'abus, attentes et demandes irréalistes), leurs réactions face aux comportements irritants de l'enfant et leur soutien social. Les mères furent testées à l'aide de questionnaires semi-structurés. Seule la qualité de l'interaction parent/enfant fut évaluée à partir d'observations sur magnétoscope. L'échantillon était formé de 69 familles. Trente-sept étaient abusées ou négligées et 32 formaient le groupe contrôle. Les familles cibles avaient été recrutées dans un centre de protection de l'enfant. Les familles contrôles étaient pairées aux familles cibles à partir de l'âge de l'enfant, du niveau de scolarité des parents, de la race et de la structure familiale (mono ou biparentale). La validité discriminante de cette batterie de tests est de 86,7% (85% pour les abuseurs et 89% pour les contrôles).

Browne et Stevenson (1983) ont élaboré une liste de contrôle pouvant être utilisée par les professionnels de la santé dans les mois qui suivent la naissance de l'enfant (dans Browne et Saqi, 1988). Cette liste est composée de facteurs reliés au vécu des enfants maltraités âgés de

moins de cinq ans et de caractéristiques plus souvent associées à leurs parents et pouvant facilement être obtenue par un professionnel de la santé. Pour être considérée comme à risques, la mère doit avoir certaines des caractéristiques suivantes: de l'indifférence, de l'intolérance et de l'anxiété par rapport à l'enfant, une histoire de violence familiale, des problèmes socio-économiques, un passé d'abus ou de négligence, être séparée, monoparentale, avoir changé de partenaire durant sa grossesse, être plus jeune que 21 ans au moment de la naissance de son enfant, avoir une maladie mentale ou de la dépendance à la drogue. Son enfant doit avoir été séparé d'elle après l'accouchement durant plus de 24 heures, être handicapé mental ou physique, être né moins de 18 mois après un autre ou n'avoir jamais été nourri au sein. Les auteurs ont fait une première expérimentation des items auprès de 63 familles abusives ayant un enfant de moins de 5 ans et 124 de non abusives ayant un enfant du même âge. Lorsqu'ils ont tenté de discriminer les parents maltraitants des autres en prenant comme critère de sélection un score positif sur quatre items ou plus, 21% des enfants du groupe contrôle ont été mal identifiés et 79% des abusés l'ont été adéquatement. Lorsqu'un score positif est obtenu à chacun des 13 items, la validité discriminante de la liste de dépistage est de 88%. Ce chiffre est similaire à celui obtenu par Disbrow, Doerr et Caufield (1977).

Le Dunedin Family Services Indicator a été élaboré par une équipe de chercheurs et d'intervenants de la Nouvelle-Zélande (Muir et al., 1989). Il a pour objectif de prédire les problèmes parentaux et la possibilité d'abus chez une population de femmes enceintes. Les items évalués sont: les changements fréquents d'adresse avant l'accouchement, des antécédents psychiatriques chez la mère, l'incompétence parentale due à des problèmes émotifs ou à un manque d'habileté intellectuelle, la présence d'attentes irréalistes par rapport au nouvel enfant, le refus d'assister aux cours prénatals, un changement de décision par rapport à

l'adoption du nouveau-né, un enfant plus âgé ayant été abusé ou négligé et un passé d'abus ou de négligence chez le parent. À ce jour, il n'existe aucune publication concernant des études de validation de ce questionnaire.

Même si certains tests cités précédemment ont une bonne validité discriminante, le seul test de dépistage de violence parentale ayant fait l'objet d'études empiriques approfondies et étant utilisé par un bon nombre d'intervenants est le Child Abuse Potential Inventory (CAP) de Milner et Wimberly (1979). Il est composé de 160 questions structurées. Les possibilités de réponses, de forme binaire, se limitent à un accord ou un désaccord de la part du parent. Pour être considérés comme abuseurs ou potentiellement abuseurs, les parents doivent avoir des attentes irréalistes par rapport à leur enfant, présenter de l'anxiété face à ses comportements, avoir des difficultés à se créer des contacts interpersonnels, se sentir seuls et isolés, avoir vécu des expériences négatives durant leur enfance incluant l'abus et la négligence. Ils doivent également présenter des caractéristiques de personnalité telles que la dépression, la vulnérabilité, l'incapacité à surmonter le stress du quotidien, une attitude rigide, l'impulsivité, la dépendance et l'immaturité. Le CAP comprend des questions posées par la négative afin de savoir si les sujets répondent uniquement pour donner une bonne ou une mauvaise impression. Une autre échelle sert à identifier les sujets qui répondent au questionnaire sans le lire ou qui ne peuvent répondre correctement pour d'autres raisons comme par exemple, l'effet de la drogue ou une psychopathologie d'ordre psychotique. Après avoir expérimenté son épreuve avec plusieurs milliers de sujets, Milner affirme que la validité discriminante du CAP est de 96% (Kaufman et Walker, 1986).

Tous ces instruments s'adressent aux parents ou à la famille. Or, l'enfant peut aussi être une source d'information. Dotty (1989) a développé un instrument dont l'objectif est de

dépister les diverses formes de maltraitement (abus physique, sexuel, émotionnel et négligence). Le Screening Questionnaire for Child Abuse (SQCA) est composé de 112 questions «vrai» ou «faux» pouvant être lues et répondues par des enfants de la 4<sup>e</sup> à la 6<sup>e</sup> année du primaire. Il a été construit à partir de situations ayant un lien direct avec la maltraitance. Le SQCA a été administré à un groupe de 30 enfants ayant vécu diverses formes de maltraitement et dont la moyenne d'âge était de 10,5 ans, et à un groupe de 107 enfants non maltraités étudiant en 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année au primaire. Après une première validation, les résultats obtenus démontrent que la validité discriminante du questionnaire demeure discutable: 55% des enfants maltraités et 80% des non maltraités ont été classés correctement. Doty explique la faible validité de son épreuve par des différences démographiques significatives entre les maltraités et les témoins ainsi que par le peu de sujets formant son échantillon. Elle pourrait également être due à la résistance des enfants maltraités à communiquer directement leur vécu familial. Cette difficulté s'explique par le fait que ces enfants vivent constamment dans la peur, sous la menace de représailles ou de perte d'amour (Charest et al., 1987, dans Garbarino, 1989; Morris et Gould, 1982). Pour obtenir l'information, il est donc plus adéquat d'utiliser une méthode indirecte. En clinique, les plus fréquemment utilisées et les plus efficaces sont les méthodes projectives graphiques telles que le DAP, le HTP, le dessin de la famille et les techniques de narration d'histoires (Garbarino, 1989). Des épreuves projectives comme le CAT et le PN utilisent des images qui rejoignent la vie fantasmatique de l'enfant. Ces tests permettent de comprendre le développement affectif de ce dernier et sont surtout utilisés dans un objectif de psycho-diagnostic et d'analyse de personnalité.

Pour construire son Test de dépistage de violence parentale (TDVP), Palacio-Quintin (1989) s'est inspirée de la technique du Test de frustration de Rosenzweig et al. (1948, 1965).



L'épreuve de Rosenzweig et al. est un test projectif de forme semi-structurée. Il a pour objectif d'étudier les réactions des sujets face à des situations spécifiques de la vie courante que la majorité des gens considère comme étant frustrantes. La version infantile (4 à 12 ans) est composée de 24 stimulus graphiques de style bande dessinée. Le personnage frustrant est dans près de la moitié des cas un adulte, dans l'autre moitié, un pair, alors que le personnage frustré est toujours un enfant. Le personnage frustrant représente tant une figure maternelle que paternelle et celui de frustré est une fille ou un garçon. Les traits et la mimique des personnages ont été systématiquement négligés dans les dessins. Le sujet doit compléter l'historiette en mentionnant ce que le personnage enfant de l'histoire va répondre. L'enfant est supposé s'identifier au personnage de l'histoire et exprimer ses sentiments et ses réactions face à la frustration à travers celui-ci. Les réactions verbales de l'enfant sont cotées de différentes façons grâce à des échelles. Certaines ont été conçues pour vérifier la direction de l'agression: extra-agressive (E), intragressive (I), ou imagressive (M) (i.e.: minimiser l'aspect frustrant de la situation). Tandis que d'autres évaluent le type de réaction face à la frustration: type de dominance de l'obstacle (laquelle des situations frustrantes est le focus de la réaction), type de défense du moi (laquelle vise à défendre ou soutenir le moi) et le type de persistance du besoin (dans lequel une solution à la frustration a été trouvée). Les trois facteurs de direction de l'agression combinés aux trois facteurs de type d'agression forment neuf facteurs de cotation.

Le test de Rosenzweig version originale a déjà été utilisé auprès d'un échantillon de 30 enfants abusés âgés de 5 à 12 ans (Kinard, 1982). Comme le responsable de l'abus est habituellement un adulte, Kinard a posé l'hypothèse voulant que les stimulus graphiques où le personnage frustrant est un adulte engendrent davantage de réponses agressives chez les enfants violentés que ceux qui ne le sont pas. Les résultats obtenus révèlent que les enfants

abusés n'expriment pas directement leur agressivité envers les personnages adultes représentant les parents; ils ont plutôt tendance à la déplacer sur les autres enfants. Kinard explique ses résultats par la peur des enfants violentés d'augmenter leur risque d'abus.

Palacio-Quintin (1989) a retenu la technique du Test de frustration de Rosenzweig et al. pour construire son épreuve, car elle présente plusieurs avantages par rapport aux autres techniques projectives. La technique de Rosenzweig utilise comme stimulus des situations de la vie courante des enfants plutôt que de faire appel à des stimulus d'origine fantasmagorique tels que: a) la majorité des autres épreuves projectives comme le CAT., le PN ou le Rorschach; b) la forme du stimulus délimite le thème et le récit dans leur dimension et leur portée, ce qui permet une correction plus objective des réponses; c) la passation est simple et de courte durée et d) l'épreuve permet d'obtenir un diagnostic unidimensionnel.

Contrairement aux objectifs du test de Rosenzweig et al. qui étudie les réactions que l'enfant attribue au personnage enfant face à une situation frustrante, celui de Palacio-Quintin a pour but d'évaluer l'interaction parent enfant face à différentes situations. C'est pour cette raison qu'elle a retenu seulement le principe de base de la technique de Rosenzweig et qu'elle a élaboré des stimulus et une forme de cotation propre à l'objectif.

Le TDVP a été conçu pour être utilisé auprès d'une population infantile âgée de 4 à 10 ans. Le rationnel de ce test est basé sur le principe voulant que les enfants s'identifient aux différentes situations et ont tendance à raconter des récits directement reliés à leur vécu. Les affects et les comportements qu'ils attribuent aux personnages adultes des différentes scènes de l'épreuve sont ceux de leurs parents ou de tout autre adulte significatif, et les sentiments et réactions qu'ils expriment à travers les personnages enfants ont un lien direct avec les leurs.

Selon ce rationnel, les enfants violentés sont donc supposés exprimer davantage de comportements et d'affects négatifs à travers les personnages parents de leurs récits au TDVP que les autres enfants.

Le choix des différentes images qui composent l'épreuve a été basé sur des résultats de recherches démontrant que l'apparition des comportements violents chez le parent abusif est souvent déclenchée par certains comportements de l'enfant violenté ou certaines situations quotidiennes spécifiques. Le refus d'obéir ou de faire quelque chose, les comportements agressifs, le fait de provoquer des inconvénients, tels que mouiller son lit ou jouer avec des objets interdits, figurent parmi ces comportements. Les activités de repas, d'élimination et de sommeil paraissent aussi parmi les situations où se déclenchent les comportements violents. L'élaboration des images en fonction de ces données fonde la validité de construit de l'épreuve.

Afin de permettre une évaluation objective et quantifiable des récits, Palacio-Quintin (sous presse) a élaboré des échelles basées sur le rationnel de l'épreuve et sur les principes d'analyse de contenu classique. Ces échelles permettent d'évaluer les affects et les comportements positifs et négatifs des personnages parent (P- et P+) et enfant (E- et E+) de chacune des historiettes.

Une première étude de validation du TDVP a été faite en comparant les résultats de 15 enfants violentés âgés de 4 à 6 ans à ceux de 15 enfants témoins du même âge. Les sujets ont été pairés en fonction de l'âge, du sexe, du niveau socio-économique et de la structure parentale. Cette première étude révèle que 88,46% des sujets ont été classés correctement soit 84,6% pour les abusés et 92,3% pour les non abusés; les scores discriminants étant significatifs pour les échelles P-, P+ et E+. Des analyses descriptives aux quatre échelles de

cotation ont permis de constater que les enfants du groupe violenté attribuent davantage de comportements négatifs et moins de positifs aux personnages parents et enfants de leurs récits (Palacio-Quintin, 1991).

À ce jour, le TDVP est le seul test de dépistage de l'abus physique se servant d'informations recueillies auprès de l'enfant qui semble posséder de bonnes capacités discriminantes.

### La problématique et les hypothèses de recherche

L'impact de la violence sur les enfants qui en sont victimes est indéniable. Il est donc important de la réduire au maximum et de venir en aide aux enfants abusés avant que des séquelles deviennent inévitables. Faute de moyens efficaces de dépistage, l'aide du système québécois de protection de l'enfant est surtout apportée aux cas extrêmes. L'utilisation d'un instrument de dépistage standardisé permettrait de repérer les cas d'enfants violentés qui n'ont jamais été signalés et d'identifier ceux qui l'ont été mais qui n'ont pas été considérés comme fondés pour des raisons comme: le manque d'évidence des séquelles, le biais social et la difficulté de l'intervenant de différencier entre un abus et un accident. Un tel instrument pourrait également contribuer au diagnostic dans les cas où il est impossible de distinguer entre les différents types de mauvais traitements. Il existe présentement quelques tests permettant de dépister les parents maltraitants, mais à ce jour aucun test valide et fidèle ne permet de dépister l'abus physique en se servant d'informations recueillies auprès de l'enfant. S'il a de bonnes qualités psychométriques, le TDVP décrit antérieurement sera tant un apport à la recherche sociale qu'un outil précieux pour les intervenants dans le milieu.

La présente recherche vise à contribuer au raffinement de la validité des échelles de cotation du TDVP en comparant les réponses d'enfants perturbés non maltraités (cliniques) à celles données par des enfants violentés. Même si la première étude de validation du TDVP effectuée avec des enfants violentés et non maltraités révèle que le test discrimine adéquatement ces deux populations, il y a lieu de se demander s'il peut discriminer les violentés de ceux présentant diverses perturbations affectives mais n'étant pas maltraités.

Nous testerons donc les hypothèses opérationnelles suivantes:

- H1: Les résultats globaux au TDVP permettent de distinguer significativement les enfants cliniques des enfants violentés.
- H2: Pour les variables «comportements négatifs des parents (P-), comportements positifs des parents (P+), comportements négatifs des enfants (E-) et comportements positifs des enfants (E+)», les enfants du groupe clinique obtiennent des scores qui les discriminent significativement des enfants violentés.

Les scores moyens obtenus par ces deux groupes seront aussi comparés à ceux des témoins obtenus lors de la première validation du TDVP. Cette comparaison permettra de situer les enfants cliniques par rapport aux normaux.

De plus, une analyse clinique des verbatims sera faite. Elle permettra d'évaluer les principales caractéristiques concernant l'élaboration des récits ainsi que les mécanismes de défense employés par les enfants des groupes clinique et violenté. Afin d'identifier les cartes permettant de discriminer significativement les groupes, cette analyse sera effectuée carte par carte en plus de l'être pour l'ensemble de l'épreuve.

Chapitre II

Méthodologie

Cette section traite de l'élaboration et de la réalisation de la présente recherche. L'échantillon ayant participé à l'expérimentation et l'instrument utilisé y sont décrits. Par la suite, les démarches pour le recrutement des sujets et les procédures de cueillette de données sont exposées en détail.

### Échantillon

Afin de mettre à l'épreuve la validité discriminante du Test de Dépistage de Violence Parentale (TDVP), les réponses de 17 enfants perturbés non maltraités (groupe clinique), âgés de 4 à 6 ans ont été comparées à celles de 17 enfants violents.

Le groupe clinique est composé d'enfants n'ayant jamais subi de mauvais traitements et fréquentant un centre de consultation psychologique. Neuf des 17 enfants de ce groupe étaient suivis pour des troubles de comportement se manifestant par de l'agressivité, de l'opposition et de l'hyperactivité. Les huit autres étaient considérés comme étant très anxieux, insécures, inhibés et dépressifs. Contrairement au premier sous-groupe d'enfants qui extériorisent leur agressivité, ceux-ci l'intériorisent, la retournent contre eux-mêmes. Ces sujets ont été recrutés auprès des clientèles du Centre de services à l'enfance de l'Université du Québec à Trois-Rivières, du Pavillon Arc-en-ciel et du Pavillon Reynald-Rivard\*.

Le groupe violenté est formé d'enfants reconnus par la DPJ de la Mauricie-Bois-Francs

---

\* Merci aux responsables des différents centres de consultation psychologique qui, grâce à leur collaboration, ont rendu possible cette recherche.

comme ayant besoin de protection à cause d'abus physique. Si théoriquement il y a une nette distinction entre la négligence et l'abus physique, ces deux formes de maltraitement apparaissent souvent de manière concomitante. Sur les 17 sujets composant le groupe des violentés, huit ont également été négligés.

Le groupe d'enfants violentés a été pairé à celui des cliniques selon l'âge et le sexe de l'enfant. La population fréquentant des centres de consultation psychologique en externe ne possède pas les mêmes caractéristiques socio-économiques que celle considérée comme maltraitante, même si la structure familiale (mono ou biparentale) et le fait d'être sur le marché du travail ou bénéficiaire de l'aide sociale étaient connus, ils n'ont pu être contrôlés. Les caractéristiques de l'échantillon sont décrites au tableau 1.

Tableau 1  
Caractéristiques de l'échantillon

	Groupe clinique n = 17	Groupe violenté n = 17
Moyenne d'âge (en mois)	64,25	63,72
écart-type	7,61	10,83
Sexe garçons	13,0	11,0
filles	4,0	6,0
Structure monoparentale	5,0	8,0
Famille biparentale	12,0	9,0
Bénéficiaire de l'aide sociale	6,0	11,0
Sur le marché du travail	11,0	6,0



La population de la région 04 étant majoritairement d'origine québécoise et les châtiments physiques n'étant pas considérés nécessairement de la même manière dans diverses cultures, seuls des sujets de cette origine ont été recrutés.

### Instrument

Le TDVP élaboré par Palacio-Quintin est de type aperceptif, c'est-à-dire que l'interprétation que l'enfant fait du stimulus en réponse à l'invitation de faire une historiette correspond à son vécu. Le choix des scènes faisant partie des images-stimulus a donc été très important. Comme il a déjà été mentionné, ce choix a été basé sur les situations quotidiennes où la violence parentale est plus souvent déclenchée. Dix scènes ont été définies dont six s'inspirent des images nos 7, 8, 11, 15, 19 et 23 de la version pour enfant du Test de frustration de Rosenzweig et al. (1948, 1965). Les images mettent toujours en présence un enfant avec un personnage adulte. Sur six des dix cartes, le personnage adulte est une figure maternelle et sur les quatre autres, une figure paternelle. Pour que les enfants puissent s'identifier plus facilement au personnage enfant, une version «fille» et une version «garçon» ont été prévues. Il est à noter que les versions se différencient uniquement par le sexe de l'enfant. Les différentes cartes de l'épreuve sont décrites au tableau 2.

Tableau 2  
Sujets et figures représentées sur chacune des cartes

Sujets	Figures représentées
1. Heure du repas	Femme et enfant
2. Pipi au lit	Femme et enfant
3. Enfant bruyant	Homme et enfant
4. Pot de fleurs brisé	Femme et enfant
5. Enfant tombé en bas de l'escalier	Homme et enfant
6. Enfant amenant des fleurs	Femme et enfant
7. Enfant prenant ou rangeant quelque chose dans une armoire	Femme et enfant
8. Enfants se chamaillant	Homme et enfants
9. Enfant sali ou blessé	Femme et enfant
10. Heure de se coucher	Homme et enfant

#### Administration du TDVP

L'administrateur présente à l'enfant, une à la fois, les cartes dans l'ordre qui a déjà été mentionné et il lui demande: "Est-ce que tu aimes les bandes dessinées? ... Bien, nous allons jouer à faire des petites histoires comme des bandes dessinées. Je te montre le premier dessin de chaque histoire et tu me diras ce que font et disent les personnages." Si l'enfant a de la difficulté à s'exprimer, il est possible de l'encourager en lui répétant: "Qu'est-ce qu'ils font, qu'est-ce qu'ils disent les personnages?"

### Échelles de cotation du TDVP

Palacio-Quintin (sous presse) a réalisé une grille de cotation objective permettant la correction de l'épreuve. L'ensemble des comportements ou sentiments attribués à la figure parentale et à celle de l'enfant de chacune des cartes est coté séparément dans l'une des sous-classes de l'échelle élaborée par l'auteure. Les comportements des parents tels que l'agression physique, le fait d'ignorer les besoins de base de l'enfant ou des comportements incohérents donnent un score plus élevé que l'agression verbale, le fait d'ignorer la conversation de l'enfant ou de lui donner des ordres inexplicables.

Quatre résultats totaux sont finalement compilés: un pour les comportements négatifs du parent (P-), un pour les comportements positifs du parent (P+), un pour les comportements négatifs de l'enfant (E-) et un dernier pour les comportements positifs de l'enfant (E+) (voir tableaux 3a et 3b). C'est à partir de ces quatre résultats qui ont été obtenus par chacun des enfants de l'échantillon que la validité discriminante des échelles de cotation du TDVP sera mise à l'épreuve.

Tableau 3a

Grille de cotation des comportements et des sentiments attribués aux personnages parentaux,  
tirée de Palacio-Quintin (sous presse)

CLASSES DES COMPORTEMENTS (Nombre de points accordés)	
Comportements négatifs du parent (P-)	
- Comportements agressifs	verbal (1), verbal intense (2), acte sans atteinte physique (3), agression physique légère (4), agression physique grave (5)
- Comportements punitifs	privation de plaisir (1), privation de besoins de base (2), punition physique légère (3), isoler l'enfant et punition physique moyennement sévère (4), punition physique sévère (5)
- Comportements avec affects négatifs	remontrances (1), se fâche (2), menace (3), dévalorise (4), rejette (5)
- Évitement et négligence face aux comportements de l'enfant	démisionne (1), ignore l'enfant ou ses demandes (2), ignore les initiatives de l'enfant (3), n'accepte pas l'expression des émotions de l'enfant (4), ignore les besoins de base de l'enfant (5)
- Techniques de contrôle	donne des ordres inexpliqués (1), interdit (2), donne des ordres injustifiés (3), a des comportements incohérents ou arbitraires (4), a des comportements étranges (5)
- Autres affects ou comportements négatifs (1)	
- Le parent est victime d'une situation douloureuse (1)	
Comportements positifs du parent (P+)	
- Comportements avec affects positifs	approuve, gratifie, récompense, exprime affection, valorise, console, partage une peine, s'intéresse à ce qui arrive à l'enfant (1)
- Explications	demande, explique et justifie ses ordres, explique son mécontentement (1)
- Comportements de soins	soigne, nourrit, raconte une histoire, protège (1)
- Autres affects ou comportements positifs (1)	
Comportements neutres du parent	
- Tous comportements n'ayant pas une relation directe avec le personnage enfant, comme par exemple regarder la télévision. Les comportements neutres ne sont pas considérés dans la cote générale (0).	

Tableau 3b

Grille de cotation des comportements et des sentiments attribués aux personnages enfants,  
tirée de Palacio-Quintin (sous presse)

CLASSES DES COMPORTEMENTS (Nombre de points accordés)	
Comportements négatifs de l'enfant (E-)	
- Comportements agressifs adressés au parent	verbal (1), verbal intense (2), acte sans atteinte physique (3), agression physique légère (4), agression physique grave (5)
- Comportements agressifs adressés	verbal (1), verbal intense (2), acte sans atteinte physique à d'autres personnages (3), agression physique légère (4), agression physique grave (5)
- Comportements avec affects négatifs	il est ennuyeux ou désobéissant (1), fâché (2), opposant (3), provoquant (4), il menace le parent (5)
- Comportement de fuite (1)	
- Expression de sentiments tristes	peur, boude, pleure, a des mauvais rêves, etc. (1)
- Comportements auto-agressifs	auto-punition, auto-agression, soumission par peur de punition (1)
- L'enfant est victime d'une situation douloureuse (1)	
- Comportements bizarres chez l'enfant, sans connection avec le contexte (1)	
Comportements positifs de l'enfant (E+)	
- Obéissance (1)	
- Comportement d'autonomie (1)	
- Responsabilité face aux fautes	s'excuse, répare, promet de ne plus recommencer (1)
- Explications	explique ses comportements et leurs conséquences (1)
- Expression de sentiments joyeux	rit, chante, est joyeux (1)
- Autres affects ou comportements positifs (1)	
Comportements de l'enfant directement induit par la planche	
- Tous comportements ayant été directement induits par la planche, comme par exemple "l'enfant qui joue du tambour" (carte 3) ou "l'enfant qui a brisé le pot de fleurs" (carte 4) sont cotés dans cette section et ne sont pas considérés dans la cote générale (0).	

### Analyse clinique

L'analyse clinique a été effectuée à partir de l'évaluation de la logique des récits, de leur lien avec le contenu manifeste de la planche, de la présence de personnages ajoutés ainsi que selon la tendance de l'enfant à faire de la persévération (répéter la même histoire).

Une analyse des mécanismes de défense basée sur les critères élaborés par Morval (1982) pour la correction du T.A.T. a également été effectuée. Les mécanismes de défense sont les techniques utilisées par le «Moi» pour se protéger dans ses conflits avec les pulsions (Freud, 1952). Selon la théorie psychanalytique, leur apparition est directement liée au développement affectif. Parmi les défenses qui seront étudiées dans l'analyse clinique, celles utilisées avant la formation du surmoi sont: le refoulement, le déni, la négation, le retournement sur soi et la projection, alors que celles liées à sa formation sont: l'isolation, l'annulation rétroactive, la régression, la formation réactionnelle, la sublimation et la rationalisation. Le passage à l'acte et la fabulation ont également été étudiés. Ces réactions très archaïques sont considérées comme apparaissant avant la formation du surmoi. La définition et l'exemple présentés dans les tableaux 4a et 4b pour chacun des mécanismes de défense utilisés permettront de mieux comprendre cette partie de l'analyse clinique.

Les différentes caractéristiques cliniques ont été évaluées pour chacune des dix historiettes racontées par les enfants. Pour la logique du récit et le rapport avec le stimulus présenté, chacun des récits recevait la cote «1» s'il était complètement illogique ou sans rapport, «2» s'il présentait quelques lacunes et «3» s'il était adéquat. Pour l'ensemble des autres caractéristiques évaluées, l'absence était notée «0» tandis que la présence recevait la valeur «1». Une compilation de chacune des caractéristiques cliniques a été effectuée pour les dix cartes. Un score de défenses utilisées avant la formation du surmoi, un pour celles reliées à

Tableau 4a

## Définitions\* et exemples des défenses utilisées avant la formation du surmoi

<p><b>Refoulement</b>          "Opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion."</p>	<p>Exemple: Un refoulement massif peut se manifester par l'incapacité du sujet à décrire une carte. Plusieurs enfants ayant tendance à se dire qu'ils ne sont pas capables ou qu'ils ne savent pas lorsqu'ils refusent de coopérer, lorsqu'ils sont fatigués ou gênés, seuls les cas où l'enfant avait prouvé sa capacité à participer à l'évaluation recevait une cote significative face à un blocage.</p>
<p><b>Déni de la réalité</b>          "Mode de défense consistant en un refus pour le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante. À la différence de la négation, le déni porte sur un élément de la réalité extérieure."</p>	<p>Exemple: carte #6 (enfant amenant des fleurs): "Le garçon il court puis il a cassé son bras."</p>
<p><b>Négation</b>          "Procédé par lequel le sujet tout en formulant un de ses désirs, pensées, sentiments jusqu'ici refoulés, continue à s'en défendre en niant qu'ils lui appartiennent."</p>	<p>Exemple: carte #8 (enfants se chamaillant): "Le petit gars ne s'est jamais battu."</p>
<p><b>Retournement sur soi</b>          "Processus par lequel la pulsion remplace un objet indépendant à la personne propre. C'est un mécanisme étroitement relié à des composantes masochistes. Des thèmes de punition, de mort et de rejet peuvent révéler ce mécanisme. Les images du test suggérant la punition, seuls les cas où l'enfant s'auto-punissait ont reçu une cote positive pour cette défense."</p>	<p>Exemple: carte #2 (pipi au lit): "Le petit garçon n'a pas été gentil, pour se punir, il va se coucher puis il va toujours rester dans son lit."</p>
<p><b>Projection</b>          "Opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des objets, qu'il méconnaît ou refuse en lui."</p>	<p>Exemple: carte #8 (enfants se chamaillant): "L'autre petit gars veut lui faire mal."</p>
<p><b>Acting-out</b>          "Réaction physique agressive pour éviter la prise de conscience des affects."</p>	<p>Exemple: jeter la carte, agresser physiquement l'évaluateur...</p>
<p><b>Fabulation</b>          "Prépondérance de la pensée imaginaire afin d'éviter une prise de conscience de la réalité anxiogène."</p>	<p>Exemple: carte #8 (enfants se chamaillant): "Deux martiens vont envahir la Terre."</p>

\* Tirées de Morval, 1982, pp. 37-42.

Tableau 4b

## Définitions\* et exemples des défenses utilisées avant la formation du surmoi

<p><b>Isolation:</b>          "Mécanisme qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle manière que leurs connexions avec d'autres pensées ou avec le reste de l'existence du sujet se trouvent rompues. Parmi les procédés d'isolation, il y a les pauses, des formules, des rituels et la tendance à sauter du coq à l'âne plutôt que de raconter une histoire logique."</p> <p><b>Annulation rétroactive</b>          "Mécanisme par lequel le sujet s'efforce que ses paroles, pensées ou gestes ne soient pas advenues; il utilise pour cela une pensée ou un comportement ayant une signification opposée."</p> <p><b>Régression</b>          "Retour à des formes antérieures de pensée, de relation d'objet et de structuration de comportement."</p> <p><b>Formation réactionnelle</b>          "Attitude psychologique opposée à un désir refoulé et constituée en réaction contre celui-ci."</p> <p><b>Rationalisation</b>          "Procédé par lequel le sujet cherche à donner une explication cohérente du point de vue logique, ou acceptable du point de vue moral, à une attitude, une action, une idée, un sentiment, etc."</p>	<p>Exemple: carte #1 (heure du repas): "Un petit gars, une table, un plat, une chaise..."</p> <p>Exemple: carte #4 (pot de fleurs brisé): "Le gars a cassé le pot, non, il a pas fait ça, il va le porter à sa mère."</p> <p>Exemple: "Le petit gars, il pleure" (comportement régressif).</p> <p>Exemple: "Le père va battre le petit garçon et le petit gars il vient lui donner un bec."</p> <p>Exemple: carte #8 (enfants se chamaillant) "Ils se battent parce que lui son ami a pris son masque. L'autre il lui a dit qu'il voulait pas lui passer parce qu'il était à son père mais l'ami a dit qu'il le gardait. C'était pas sa faute."</p>
--	---

\* Tirées de Morval, 1982, pp. 37-42.

son apparition et un total ont également été calculés pour chacune des cartes et pour leur ensemble.

Dans un premier temps, des différences ont été recherchées pour les dix cartes pour chacune des caractéristiques cliniques prises une à une, sur l'ensemble des mécanismes de défense et sur les regroupements de défense selon leur lien avec le surmoi. Les mêmes calculs



ont été repris pour chacune des cartes prises séparément pour les trois différents regroupements de mécanismes de défense.

### Procédures

Le présent projet fait partie d'une vaste recherche entreprise par Louise Ethier, Ercilia Palacio-Quintin et Colette Jourdan-Ionescu du Groupe de recherche en développement de l'enfant (GREDE) de l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui visait l'évaluation multidimensionnelle d'enfants victimes de violence et de négligence parentale. La collaboration établie entre le Groupe de recherche, le CSS et la DPJ de la région 04, les centres de consultation psychologique et la Commission scolaire de Trois-Rivières a rendu possible la réalisation de notre étude.

Ainsi, l'accès aux résultats de la première validation de l'épreuve nous a été assuré. Lors de cette expérimentation, les enfants violentés ont été les premiers à être recrutés. Dès que les praticiens de la DPJ avaient établi que ces enfants étaient véritablement maltraités, ils demandaient aux parents s'ils étaient intéressés à participer à la recherche. Lorsque les praticiens avaient leur approbation, ils les référaient à un responsable de l'équipe de recherche. L'évaluation du groupe violenté s'est faite au CSS, à l'école ou à la garderie que fréquentaient les enfants. Le TDVP leur a été administré par six étudiants de maîtrise (dont nous faisons partie) travaillant chacun sur un thème spécifique de ce projet collectif. Pour uniformiser la passation, ils avaient tous préalablement reçu une formation en testing et en épreuves projectives auprès des jeunes enfants.

Notre groupe clinique a été recruté auprès de la clientèle du Centre de services à

l'enfance, du Pavillon Arc-en-ciel et des services externes de Ville-Joie-Saint-Dominique. Les responsables de ces centres de consultation psychologique ont d'abord sélectionné, au sein de leur clientèle âgée de 4 à 6 ans, les enfants n'ayant pas d'antécédents de mauvais traitements. Les parents de ces enfants furent ensuite informés sur la nature du projet et ont été sollicités pour la signature d'un formulaire autorisant la participation de l'enfant à la recherche. Ils étaient entièrement libres d'accepter ou de refuser. L'auteure de ce mémoire a évalué les enfants "cliniques" dans les locaux de leur centre de consultation psychologique au moment où ils étaient sur les lieux.

L'administration du TDVP prenait environ 15 minutes. Afin d'avoir les réponses exactes des enfants, toutes les entrevues de passation de l'épreuve ont été enregistrées sur bandes sonores pour ensuite être transcrites par l'examineur. Nous avons ensuite vérifié les verbatims afin de s'assurer de leur fidélité absolue.

Afin de garder la confidentialité, les protocoles ont été identifiés par un code numérique.

\* \* \*

Lors du prochain chapitre, les résultats de l'analyse discriminante et ceux de l'analyse clinique seront présentés.

L'analyse discriminante permettra:

- d'établir les procédures pour classifier les individus sur la base des résultats qu'ils ont obtenus aux variables dépendantes. Cette classification permettra de comparer l'appartenance réelle d'un individu à son groupe et son appartenance prédite par l'analyse discriminante;

— d'identifier laquelle des variables dépendantes explique le plus la différence entre les profils de scores moyens des groupes clinique et violenté.

Étant donné que l'intérêt n'est pas d'étudier de façon séquentielle le poids des variables permettant de discriminer le plus les deux groupes, la méthode simultanée a été utilisée. Cette méthode considère l'ensemble des variables dépendantes en même temps.

Les scores moyens obtenus par les enfants des groupes clinique et violenté pour les quatre échelles de cotation de l'épreuve seront également comparés à ceux des enfants témoins ayant servis à la première validation de l'épreuve. Cette comparaison permettra de situer les scores des enfants témoins par rapport à ceux des deux autres groupes.

Quant à l'analyse clinique, elle permettra d'identifier si les caractéristiques étudiées différencient significativement les deux groupes au niveau du nombre de sujets les présentant et au niveau de la fréquence de leur utilisation. Des analyses statistiques seront effectuées pour l'ensemble du test et à chacune des différentes cartes.

### Chapitre III

#### Analyse et interprétation des résultats

Ce chapitre porte sur la description et l'interprétation des résultats des capacités discriminantes du Test de Dépistage de Violence Parentale (TDVP). Les résultats de l'analyse discriminante mettant à l'épreuve la validité des échelles de cotation de l'épreuve seront d'abord présentés. Par la suite, la comparaison des scores moyens aux échelles P-, P+, E- et E+ obtenus par les groupes clinique, violenté et témoin permettra de mieux situer les groupes. Finalement, les distributions de fréquences et les différences de moyennes de l'analyse clinique des verbatims des enfants cliniques et violenté permettront d'identifier les particularités des récits de chacun des deux groupes.

#### Validité discriminante des échelles de cotation

La validité est cette qualité d'un test qui permet d'évaluer si le test mesure bien ce qu'il est censé mesurer. Pour s'avérer valide, le TDVP doit donc dépister l'abus physique. L'étude de Palacio-Quintin (1991) a révélé que le test discrimine adéquatement les enfants violentés des non violentés. Le principal objectif de notre recherche est de contribuer à l'étude de la validité discriminante de ce test en comparant les réponses des enfants perturbés non maltraités à celles des enfants violentés. Plus le TDVP sera valide et plus les diagnostics découlant de son administration seront fiables.

La cotation des verbatims a permis d'obtenir quatre scores. Ils évaluent les comportements négatifs attribués aux personnages des parents (P-), les comportements positifs des parents (P+), les comportements négatifs des enfants (E-) et les positifs des enfants (E+). Les résultats des statistiques descriptives, présentés au tableau 5 et à la figure 1, permettent de

Tableau 5

Moyennes et écarts-types pour les comportements des personnages parents et enfants des récits du TDVP pour les groupes clinique et violenté

	Groupe clinique		Groupe violenté	
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type
Parent -	33,24	20,83	38,00	24,84
Parent +	3,76	3,11	4,76	5,62
Enfant -	15,06	15,01	17,47	14,75
Enfant +	6,00	4,09	3,41	2,50

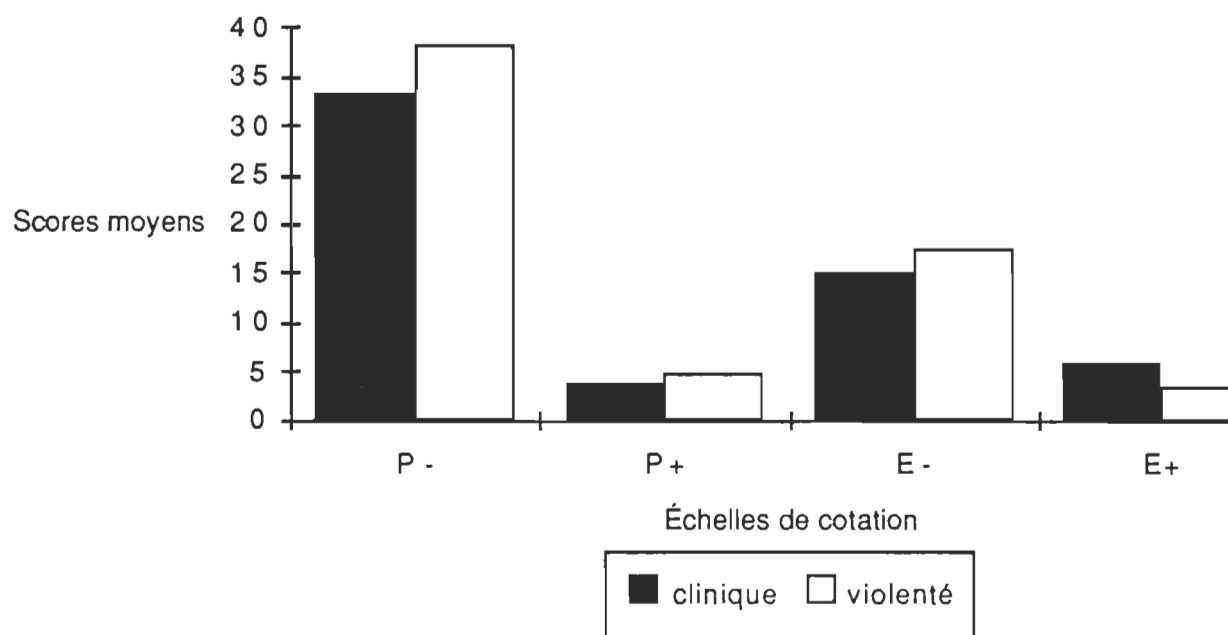


Figure 1 Comparaison des scores moyens aux échelles de cotation obtenus par les groupes clinique et violenté

constater certaines différences entre le groupe des perturbés non maltraités (cliniques) et celui des violentés.

Comparativement aux enfants violentés, les enfants formant le groupe clinique attribuent moins de comportements positifs et négatifs aux personnages des parents et moins de négatifs aux personnages enfants de leurs historiettes. Quant aux comportements positifs attribués aux enfants, leurs récits en contiennent plus que ceux des violentés.

Pour déterminer si les quatre variables dépendantes étudiées (P-, P+, E- et E+) permettent de différencier significativement les sujets cliniques des violentés, l'analyse discriminante a été la statistique utilisée.

L'application de l'analyse discriminante peut se diviser en trois étapes: la dérivation, la validation et l'interprétation.

La dérivation permet de déterminer s'il y a ou non une fonction statistique significative pouvant séparer les groupes. La figure 2 montre comment la fonction discriminante distribue l'ensemble des sujets.

Le calcul du score discriminant pour l'ensemble des sujets est basé sur la règle statistique voulant qu'il maximise la variance entre les groupes et minimise la différence à l'intérieur des groupes. Si le chevauchement de la distribution de chacun des groupes est petit, la fonction les discrimine bien. S'il est large, il ne les différencie pas adéquatement. Lorsque les groupes sont petits, comme c'est le cas pour l'échantillon de cette recherche qui est de 17 sujets par

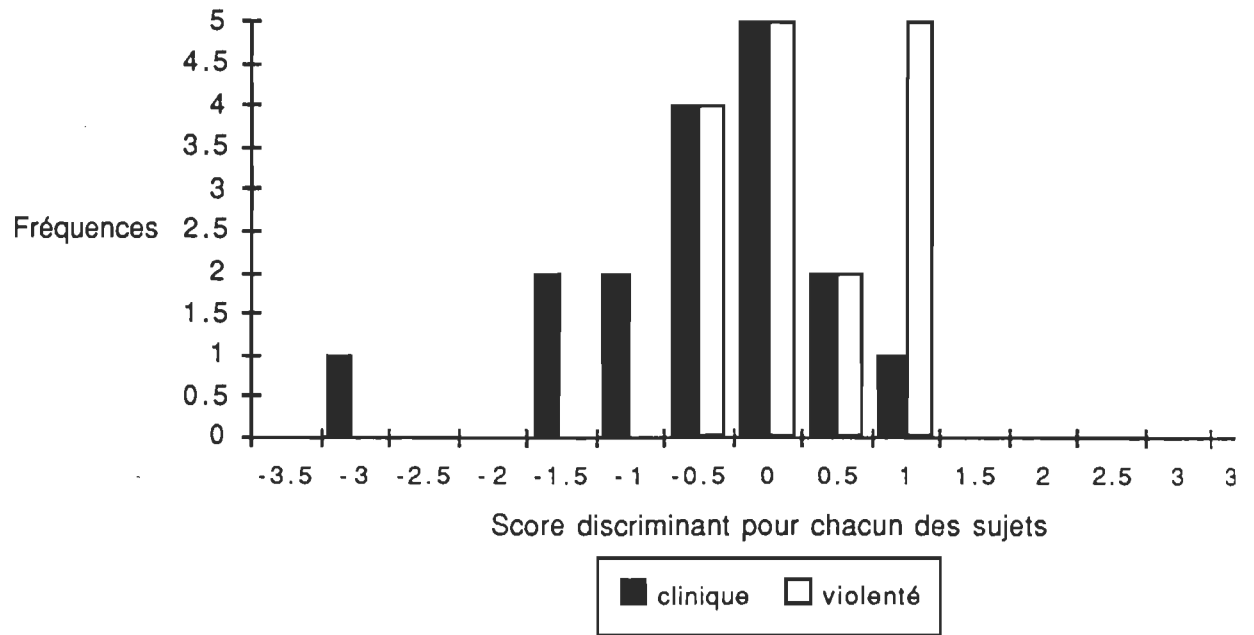


Figure 2 Histogramme de la fréquence des scores discriminants obtenus par l'ensemble des sujets des groupes clinique et violenté

groupes, il n'est pas rare que le chevauchement des groupes soit grand. La signifiante statistique est alors un pauvre indicateur de la capacité discriminante de la fonction (tableau 6).

Tableau 6

Score discriminant pour l'ensemble des sujets et sa signifiante statistique

Score discriminant	Signifiante statistique
0,45	$p > 0,05$



Pour notre échantillon, le score discriminant est de 0,45 avec un p non significatif plus grand que 0,05.

Dans un tel cas, c'est la validation qui permettra de déterminer l'habilité prédictive de la fonction discriminante. Cette étape consiste à développer une matrice de classification évaluant la valeur prédictive de la fonction discriminante. La convention veut que pour être considéré comme bon, le pourcentage adéquat de classification doit être au moins 25% plus élevé que ce qui a pu l'être par la chance (Hair, Anderson et Tatham, 1987). Pour deux groupes égaux, la chance est de 50%; la classification correcte doit donc être supérieure à 62,5% pour être considérée comme bonne. Les résultats obtenus démontrent que la fonction discriminante a assigné 70,59% des sujets à leur groupe d'appartenance réel (tableau 7); ce pourcentage peut donc être considéré comme bon. L'appartenance prédite par l'analyse discriminante est de

Tableau 7

Résultats de la classification des groupes clinique et violenté par la fonction discriminante

Groupe réel	Nombre	Groupe prédit	
		Clinique	Violenté
Clinique	17	12 (70,6%)	5 (29,4%)
Violenté	17	5 (29,4%)	12 (70,6%)
Pourcentage de sujets cliniques et violentés adéquatement classifiés: 70,59%			

70,6% pour les sujets du groupe clinique et pareille pour ceux du groupe des violentés. Cinq sujets cliniques et cinq violentés ont été mal prédis par la fonction discriminante. Ces résultats permettent de confirmer la principale hypothèse de recherche voulant que les résultats globaux obtenus au TDVP par les enfants cliniques se distinguent de ceux des enfants violentés.

L'étape d'interprétation permet de déterminer laquelle des variables dépendantes contribue le plus à discriminer les groupes. Pour l'analyse discriminante utilisant la méthode simultanée, l'ensemble des variables entre dans la fonction. La convention veut que toutes les variables ayant un coefficient égal ou supérieur à  $\pm 0,30$  soient considérées comme significatives. Le tableau 8 montre les résultats obtenus pour les quatre variables dépendantes étudiées.

Tableau 8  
Coefficients de discrimination des quatre variables dépendantes

Variables	Coefficients
P-	0,63
P+	0,62
E-	-0,24
E+	- 0,97
Centroids des groupes:	clinique: -0,48 violenté: 0,48

Les signes des coefficients indiquent une relation positive ou négative avec les variables indépendantes qui sont représentées par les centroids (point milieu des scores discriminants de chacun des groupes). Les résultats obtenus permettent donc de constater l'existence d'une relation positive des échelles E- (coefficient = -0,24) et E+ (coefficient = -0,97) avec l'appartenance au groupe clinique (centroid = -0,48). Quant aux échelles P- (coefficient = 0,63) et P+ (coefficient = 0,62) elles ont une relation positive avec le fait d'être du groupe violenté (centroid = 0,48).

Ces résultats permettent également de constater que les sous-échelles P-, P+, et E+ contribuent significativement à discriminer les enfants cliniques des violentés puisque leurs coefficients sont  $\pm 0.30$ . Les hypothèses opérationnelles voulant que ces variables discriminent significativement les enfants du groupe clinique de ceux du groupe violenté peuvent donc être confirmées. Quant à celle portant sur le fait que l'échelle E- discrimine significativement les deux groupes, elle doit être infirmée car le coefficient de discrimination n'a pas atteint un niveau significatif.

#### Comparaison avec les résultats des témoins de l'étude de validation de Palacio-Quintin (1991)

La comparaison des scores moyens du groupe clinique et du groupe violenté à ceux obtenus par les 15 enfants du groupe contrôle ayant servis à la première validation des épreuves (tableau 9 et figure 3) permet de constater certaines différences.

Tableau 9

Moyennes et écarts-types pour les comportements des personnages parents et enfants des récits du TDVP pour les groupes clinique et violenté de la présente recherche et pour le groupe contrôle de l'étude de Palacio-Quintin (1991)

	Groupe clinique		Groupe violenté		Groupe contrôle	
	Moyennes	Écarts-types	Moyennes	Écarts-types	Moyennes	Écarts-types
Parent -	33,24	20,83	38,00	24,84	13,54	7,94
Parent +	3,76	3,11	4,76	5,62	8,23	4,47
Enfant -	15,06	15,01	17,47	14,75	12,38	6,62
Enfant +	6,00	4,09	3,41	4,09	6,62	4,07

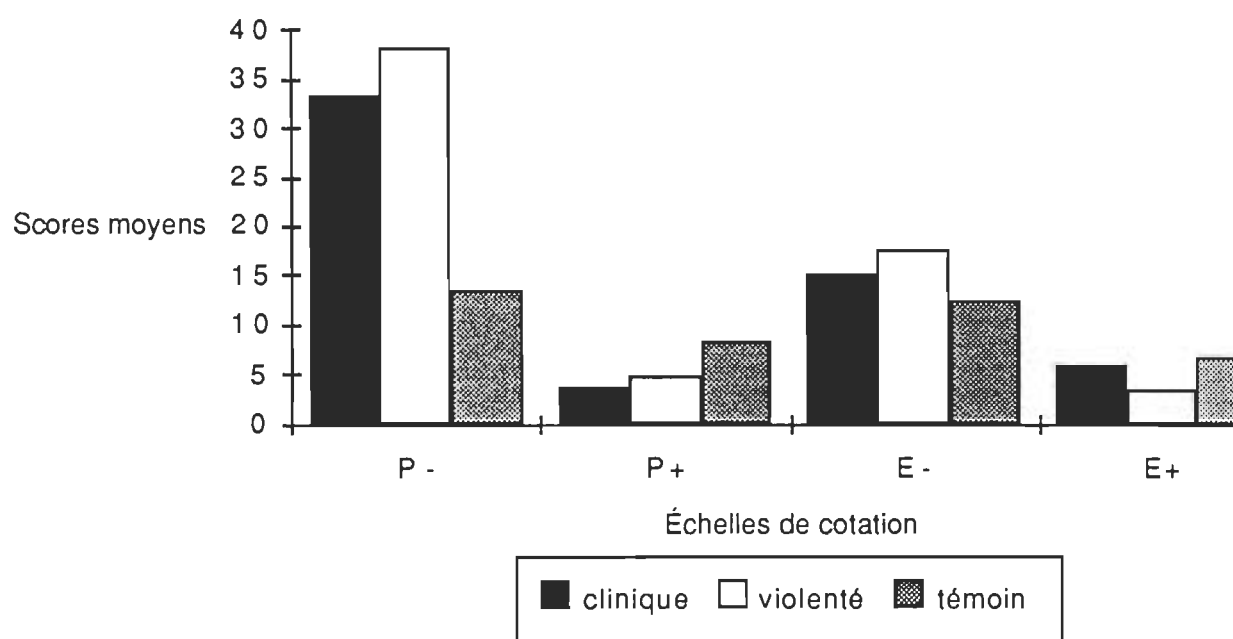


Figure 3 Comparaison des scores moyens des groupes clinique et violenté à ceux du groupe témoin ayant servi à la première validation de l'épreuve

Les enfants cliniques obtiennent des scores moyens à l'échelle P- moins élevés que ceux obtenus par les violentés mais plus élevés que ceux des témoins. Les scores moyens pour l'échelle P+ permettent de constater que les enfants cliniques attribuent moins de comportements positifs aux personnages parents que les enfants violentés qui eux en attribuent moins que les témoins. Quant aux échelles concernant les personnages enfants, les scores obtenus permettent de constater que pour l'échelle E-, les enfants cliniques obtiennent des scores moyens plus bas que les violentés et plus élevés que ceux des témoins. Pour l'échelle E+, les cliniques cotent plus élevé que les violentés mais moins que les témoins. Les résultats indiquent que les enfants violentés présentent des relations plus négatives avec leurs parents par rapport aux deux autres groupes et que chez les cliniques, les relations sont moins bonnes que chez les témoins.

#### Analyse clinique

L'objectif de l'analyse clinique des récits du TDVP est d'identifier des caractéristiques cliniques différenciant les enfants du groupe clinique de ceux du groupe violenté. L'identification de telles caractéristiques permettrait de renforcer les diagnostics dans les cas de résultats quantitatifs peu clairs. Les caractéristiques évaluées ont été la logique des récits, leur rapport avec le stimulus présenté, l'ajout de personnages, la persévération et différents mécanismes de défense tels que le refoulement, le déni, la négation, le retournement sur soi, la projection, l'*acting-out*, la fabulation, l'isolation, l'annulation rétroactive, la régression, la formation réactionnelle et la rationalisation. L'ensemble des mécanismes de défense ainsi que les regroupements de ceux apparus avant le surmoi et pendant sa formation ont également été étudiés.

Le premier objectif de l'analyse clinique est d'identifier combien de sujets de chaque groupe présentent les différentes variables dichotomiques étudiées, c'est-à-dire notées en fonction de leur présence ou de leur absence. Elle vise également à étudier les différences de moyennes pour chacune des caractéristiques cliniques afin d'identifier celles qui sont significativement plus employées par un groupe par rapport à l'autre. Ces analyses ont été effectuées pour l'ensemble de l'épreuve et pour chacune des cartes. Les différences de moyennes effectués carte par carte ont cependant été calculées uniquement pour les variables continues que sont la logique des récits, le lien du récit avec le stimulus présenté et les trois regroupements des mécanismes de défense.

Deux mécanismes de défense, la projection et la négation, n'ont pas été utilisés par les enfants de l'échantillon. Ils ont donc été exclus dans la présentation des résultats.

#### Étude des différences quant au nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques

Pour étudier les différences au niveau du nombre de sujets par groupe faisant de l'ajout de personnages, de la persévération, et utilisant les mécanismes de défense, la statistique chi-carrée a été utilisée. Ce test d'indépendance de deux variables a permis de déterminer si les groupes sont distincts l'un de l'autre en ce qui a trait aux différentes caractéristiques cliniques étudiées. Toutefois, lorsque la fréquence théorique est inférieure à cinq dans l'une des cellules, le calcul du chi-carré n'a pu être effectué. Le tableau 10 montre les résultats obtenus pour les différentes caractéristiques évaluées sur l'ensemble du TDVP.

Tableau 10

Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques

Caractéristiques cliniques		Groupe clinique N = 17	Groupe violenté N = 17	X <sup>2</sup>
Ajout de personnages	présence	7	8	0,12
	absence	10	9	
Persévération	présence	7	10	0,12
	absence	10	7	
Ensemble des défenses	présence	1	4	non calculable
	absence	16	13	
Défenses avant surmoi	présence	11	14	1,36
	absence	6	3	
Défenses reliées au surmoi	présence	9	15	5,10**
	absence	8	2	
Refoulement	présence	2	8	5,10**
	absence	15	9	
Déni	présence	8	8	0,00
	absence	9	9	
Retournement sur soi	présence	3	2	non calculable
	absence	14	15	
Acting-out	présence	1	3	non calculable
	absence	16	14	
Fabulation	présence	2	5	non calculable
	absence	15	12	
Isolation	présence	6	9	1,07
	absence	11	8	
Annulation rétroactive	présence	0	3	non calculable
	absence	17	14	
Régression	présence	4	6	0,57
	absence	13	11	
Formation réactionnelle	présence	2	1	non calculable
	absence	15	16	
Rationalisation	présence	0	3	non calculable
	absence	17	14	
** p < 0,05 Degré de liberté = 1				

Pour l'ensemble des récits du TDVP, les résultats des chi-carrés révèlent un lien significatif entre le groupe violenté et l'emploi des défenses reliées à l'apparition du surmoi ( $X^2 = 5,10$ ,  $p < 0,05$ ). Le refoulement est également associé de façon significative à ce groupe ( $X^2 = 5,10$ ,  $p < 0,05$ ).

#### Différences de moyennes de rangs des sujets des deux groupes pour les différentes caractéristiques cliniques

Le second objectif est d'évaluer si les enfants du groupe clinique se différencient des violentés quant à la fréquence d'apparition de chacune des caractéristiques cliniques dans leurs récits au TDVP. Les scores obtenus pour les différentes caractéristiques cliniques ne se distribuant pas selon la loi normale, la statistique non paramétrique du test U de Mann-Whitney a été utilisée. Étant donné que chacun des récits a reçu une cote pour son rapport avec le contenu manifeste de la carte et pour sa logique, le calcul de moyennes de rangs de ces caractéristiques a été fait pour la totalité des sujets. Pour les autres indices cliniques, les calculs ont été effectués uniquement pour les sujets les présentant. N'ayant pas formulé d'hypothèse sur le sens des différences attendues entre les groupes, la statistique bidirectionnelle a été retenue. Le tableau 11 montre les résultats obtenus aux différentes caractéristiques pour l'ensemble du TDVP.

Les différences de moyennes de rangs obtenues à l'aide du test U de Mann-Whitney indiquent que les enfants du groupe clinique qui utilisent la persévération dans leurs récits au TDVP le font de manière significativement plus élevée que les violentés ( $U = 10,5$ ,  $p < 0,05$ ).



Tableau 11  
Différences de moyennes de rangs des sujets des deux groupes  
pour les différentes caractéristiques cliniques

Caractéristiques cliniques	Moyennes de rangs		U
	Groupe clinique	Groupe violenté	
Rapport	18,38	16,62	129,5
Logique	17,41	17,59	143,0
Ajout de personnages	6,50	6,50	17,5
Persévération	10,50	5,81	10,5**
Ensemble des défenses	12,15	17,31	67,0
Défenses avant surmoi	12,73	13,21	74,0
Défenses reliées au surmoi	9,83	14,10	43,5
Refoulement	6,25	5,31	6,5
Déni	9,38	7,63	25,0
Retournement sur soi	3,33	2,50	2,0
<i>Acting-out</i>	1,50	2,83	0,5
Fabulation	5,25	3,50	2,5
Isolation	5,83	9,44	14,0
Annulation rétroactive	0	2,00	0
Régression	6,25	5,00	9,0
Formation réactionnelle	1,50	3,00	0
Rationalisation	0	2,00	0
** p < 0,05			

Étude des différences quant au nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques à chacune des cartes

Étant donné que la matrice des chi-carrés de plusieurs variables présentent des cellules dont la fréquence est inférieure à cinq, très peu de chi-carrés ont pu être calculés. Donc, pour alléger la présentation, seuls les résultats significatifs seront présentés (tableau 12)<sup>1</sup>.

Tableau 12

Différences significatives pour le nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour chacune des cartes

Caractéristiques cliniques		Groupe clinique N = 17	Groupe violenté N = 17	X <sup>2</sup>
Carte # 1 (Heure du repas mettant en présence un enfant et une mère)				
Défenses reliées au surmoi	présence	3	7	2,27*
	absence	14	10	
Carte # 4 (Pot de fleurs brisé mettant en présence un enfant et une mère)				
Ensemble des défenses	présence	3	9	4,64**
	absence	14	8	
Carte # 6 (Enfant amenant des fleurs à la mère)				
Ensemble des défenses	présence	4	9	3,11*
	absence	13	8	
** p < 0,05 * p < 0,1 Degré de liberté = 1				

Les chi-carrés effectués sur les scores obtenus à chacune des cartes du TDVP permettent de constater un lien significatif entre le fait d'être violenté et l'utilisation de l'ensemble des défenses à la carte # 4 ( $X^2 = 4,50$ ,  $p < 0,1$ ). D'autres tendances sont également retrouvées

<sup>1</sup>L'ensemble des résultats obtenus est présenté à l'appendice 1.

chez les enfants de ce groupe. À la carte 1, ils sont plus nombreux que les cliniques à utiliser les différentes défenses reliées au surmoi ( $X^2 = 2,27$ ,  $p < 0,1$ ) et à la carte 6, plus d'enfants violents utilisent l'ensemble des défenses ( $X^2 = 3,11$ ,  $p < 0,1$ ).

#### Étude des différences de moyennes de rang des sujets des deux groupes pour les différentes caractéristiques cliniques à chacune des cartes

Le test U de Mann-Whitney a aussi été utilisé pour identifier les différences possibles de moyenne de rang au niveau des variables continues obtenues à chacune des cartes pour le rapport du récit avec le stimulus présenté, pour sa logique et pour les trois regroupements de mécanismes de défense. Aucun résultat significatif n'a cependant été obtenu<sup>1</sup>.

#### Interprétation des résultats obtenus pour l'analyse clinique

L'analyse clinique n'a fait ressortir que très peu de différences entre les groupes. Cependant, certaines des différences significatives obtenues pourraient venir appuyer le diagnostic dans les cas de résultats quantitatifs peu clairs. Les enfants violents comparés aux enfants cliniques sont plus nombreux à user des différents mécanismes de défense reliés au développement du surmoi lors de l'élaboration de leurs récits. Une hypothèse qui pourrait expliquer cette situation est que les enfants violents qui subissent davantage la punition et la critique de la part de leurs parents ont de ce fait plus de chances de développer très tôt des pensées d'auto-critique et d'auto-punition. De plus, l'analyse des défenses prises une à une révèle que les enfants violents sont significativement plus nombreux à se servir du refoulement.

---

<sup>1</sup> Les résultats obtenus sont présentés à l'appendice 2.

Quant aux enfants du groupe clinique, ils ont tendance à s'écarter des stimuli suggérés et à exprimer leur problématique à travers la persévération, comme l'indique la différence significative constatée entre les groupes à cette mesure. Cette caractéristique, facilement identifiable dans les récits des enfants, nous apparaît comme étant l'indicateur le plus révélateur de différence entre les enfants des deux groupes.

#### Interprétation carte par carte

Les analyses effectuées à chacune des dix cartes ont permis de constater l'existence d'une différence significative à la carte 4 ainsi que des tendances aux cartes 1 et 6.

Les résultats obtenus pour la carte 4 révèlent que les enfants violentés sont significativement plus nombreux à déployer des mécanismes de défenses face à ce stimulus. Le fait d'exprimer directement leur vécu par rapport à une situation où l'enfant brise des choses appartenant à la mère semble donc générer davantage d'anxiété chez les enfants du groupe violenté.

À la carte 1, les enfants violentés ont tendance à être plus nombreux à utiliser les différentes défenses reliées au développement du surmoi. Ce résultat permet de supposer que le repas est une situation anxiogène qui est davantage intériorisée par l'enfant violenté étant donné que c'est un événement fréquent du quotidien, générateur de beaucoup de conflits.

Pour la carte 6, les enfants violentés ont tendance à être plus nombreux à se servir de l'ensemble des défenses. Une relation positive avec un personnage adulte féminin, comme par exemple le fait d'offrir des fleurs à sa mère, a donc tendance à générer de l'anxiété chez les enfants violentés. Ce stimulus semble donc éveiller chez l'enfant violenté le manque affectif vis-à-vis de la mère.

Une constatation intéressante est que les situations les plus anxiogènes apparaissent être vécues avec la mère. L'expression non déguisée de leur vécu de rejet et de violence vis-à-vis de leur mère pouvant amener la peur de perdre l'amour de cette figure significative, leur moi se protège en usant de mécanismes de défense. La proportion d'enfants violentés issus de famille monoparentale (8 sur 17) a également pu atténuer les résultats obtenus au niveau de l'évaluation des défenses pour les cartes sur lesquelles un homme figure. Étant donné que pour un bon nombre de ces enfants, le père absent de la famille ne représente pas une figure très significative, plus d'enfants violentés peuvent alors se permettre d'exprimer librement leur vécu face aux adultes masculins sans peur de représailles et de perte d'amour.

Donc, en résumé, l'évaluateur qui désire utiliser certains indices cliniques afin d'affiner son diagnostic devra être attentif à certains faits importants. Tout d'abord, les enfants violentés ont davantage tendance à employer les défenses reliées à l'élaboration du surmoi dans leurs récits, notamment à la carte 1. Ils sont aussi plus nombreux à utiliser le refoulement. De plus, pour les cartes 4 et 6, nous retrouvons plus fréquemment des défenses dans les récits des enfants violentés. Le dernier indice important est que si les enfants violentés ont plutôt tendance à raconter des histoires qui sont en rapport avec les stimuli présentés, les enfants cliniques ont par contre tendance à s'écarter des stimuli suggérés sur les cartes et à raconter leur vécu problématique de façon répétitive.

## Conclusion

Palacio-Quintin (1991) a construit un instrument permettant de détecter l'existence possible d'abus physique: le Test de Dépistage de Violence Parentale (TDVP). Une première étude de validation effectuée avec un groupe d'enfants violenté et un groupe témoin pairés à partir de l'âge, du sexe, de la structure parentale et du niveau socio-économique, démontre que l'épreuve a une excellente valeur discriminante.

L'objectif de cette recherche était de contribuer au raffinement de la validité discriminante des échelles de cotation du TDVP telles qu'élaborées par Palacio-Quintin (1991) en confrontant les réponses d'un groupe d'enfants cliniques c'est-à-dire perturbés non maltraités à celles d'un groupe d'enfants violentés. Afin de situer le groupe clinique par rapport au groupe violenté et par rapport au groupe témoin ayant servi à l'étude de validation du TDVP effectuée par Palacio-Quintin (1991) une comparaison des résultats moyens obtenus pour les quatre échelles de cotation a été effectuée. Une analyse clinique des verbatims a également servi à évaluer la logique des récits, leur lien avec le stimulus présenté, la présence de persévération ou des différents mécanismes de défenses. Le but de cette analyse était d'identifier des caractéristiques cliniques pouvant venir appuyer les diagnostics dans les cas de résultats quantitatifs peu clairs.

Les résultats obtenus permettent d'affirmer que les échelles de cotation du TDVP discriminent adéquatement les 17 enfants cliniques âgés de 4 à 6 ans des 17 violentés du même âge. Lorsque les coefficients de discrimination des quatre échelles de cotation de l'épreuve sont analysés un à la fois, nous constatons que ce sont par ordre décroissant les comportements positifs des personnages enfants, les comportements négatifs des personnages parents et les

positifs des personnages parents qui permettent de discriminer significativement les deux groupes. Le résultat non significatif obtenu pour l'échelle comportements négatifs des personnages enfants est similaire à ceux obtenus au Test de Frustration de Rosenzweig et al. par Kinard (1982) et au TDVP par Palacio-Quintin (1991).

La comparaison des statistiques descriptives effectuées sur les données obtenues par les groupes clinique, violenté et témoin pour les quatre échelles de cotation de l'épreuve révèlent que les enfants cliniques obtiennent des scores moyens aux échelles P- et E- moins élevés que ceux obtenus par les enfants du groupe violenté et plus élevés que ceux obtenus par les témoins. Pour l'échelle P+, les cliniques ont un score moyen moins élevé que celui des violentés qui lui l'est moins que celui des témoins. Quant aux scores moyens pour l'échelle E+, ils révèlent que les enfants cliniques en attribuent plus que les violentés mais moins que les témoins.

Quant aux résultats obtenus pour l'analyse clinique, ils permettent de constater que les enfants violentés sont significativement plus nombreux à utiliser les différents mécanismes de défense associés au surmoi, particulièrement à la carte 1. Nous constatons aussi un nombre accru d'enfants violentés utilisant des défenses aux cartes 4 et 6 ainsi que le refoulement pour l'ensemble du test. Quant aux enfants composant le groupe clinique, les images composant le TDVP ne semblent pas éveiller un vécu conflictuel puisqu'elles ne génèrent pas chez ces derniers une utilisation significative des mécanismes de défense. Le besoin d'exprimer leur problématique se manifeste par une tendance à faire de la persévération. Ce dernier résultat vient appuyer la validité de construit du TDVP puisque les images stimulés composant l'épreuve semblent plutôt reliées au vécu anxiogène des enfants violentés.



Les résultats obtenus suscitent l'intérêt pour explorer davantage la validité du TDVP. Une étude des capacités discriminantes des échelles de cotation de l'épreuve reprise avec des échantillons plus grands permettrait d'établir des profils plus distincts pour les différents groupes.

La logique de ce test veut que les enfants expriment directement leur vécu. Selon ce principe, les réponses d'un enfant clinique extériorisant son agressivité devraient être différentes de celles d'un autre qui a tendance au retournement sur soi. Neuf des enfants composant notre groupe clinique étaient suivis pour des troubles de comportement se manifestant par de l'agressivité, de l'opposition et de l'hyperactivité tandis les huit autres étaient considérés comme dépressifs, insécures et inhibés. L'hétérogénéité de ces diagnostics a pu amoindrir la portée des résultats obtenus pour la classification des sujets à leur groupe d'appartenance réel. Il serait donc intéressant de comparer les scores obtenus aux sous-échelles de cotation par les enfants violentés à ceux donnés par des enfants cliniques possédant des diagnostics homogènes. Des études tenant compte du sexe, de la structure parentale des enfants, et composées d'enfants plus âgés, pourraient également donner des résultats intéressants. Ces analyses permettraient peut-être d'obtenir des profils de classification plus distincts, donc d'améliorer les capacités discriminantes de l'épreuve.

Les premières études de validation du TDVP permettent de constater que ce test possède de bonnes capacités discriminantes. Les qualités psychométriques prometteuses de cet instrument ainsi que la facilité de passation et de correction en font un outil qui pourrait dans l'avenir être largement utilisé par les différents professionnels qui sont confrontés au silence des enfants violentés.

## Appendice 1

Tableaux des différences du nombre de sujets par groupe pour chacune des cartes

Tableau 13

Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 1 (Heure du repas)

Caractéristiques cliniques		Groupe clinique N = 17	Groupe violenté N = 17	X <sup>2</sup>
Ajout de personnages	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Persévération	présence	6	5	0,13
	absence	11	12	
Ensemble des défenses	présence	5	9	1,94
	absence	12	8	
Défenses avant surmoi	présence	3	4	non calculable
	absence	14	13	
Défenses reliées au surmoi	présence	3	7	2,27*
	absence	14	10	
Refoulement	présence	2	1	non calculable
	absence	15	16	
Déni	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Retournement sur soi	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
<i>Acting-out</i>	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Fabulation	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Isolation	présence	1	5	non calculable
	absence	11	12	
Annulation rétroactive	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Régression	présence	2	1	non calculable
	absence	15	16	
Formation réactionnelle	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Rationalisation	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
* p < 0,1 Degré de liberté = 1				

Tableau 14

Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 2 (Pipi au lit)

Caractéristiques cliniques		Groupe clinique N = 17	Groupe violenté N = 17	X <sup>2</sup>
Ajout de personnages	présence	2	0	non calculable
	absence	15	17	
Persévération	présence	7	4	1,20
	absence	10	13	
Ensemble des défenses	présence	6	10	1,89
	absence	11	7	
Défenses avant surmoi	présence	6	7	0,12
	absence	11	10	
Défenses reliées au surmoi	présence	1	6	non calculable
	absence	16	11	
Refoulement	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Déni	présence	5	3	non calculable
	absence	12	14	
Retournement sur soi	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
<i>Acting-out</i>	présence	0	2	non calculable
	absence	17	15	
Fabulation	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Isolation	présence	0	5	non calculable
	absence	17	12	
Annulation rétroactive	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Régression	présence	1	0	non calculable
	absence	16	17	
Formation réactionnelle	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Rationalisation	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Degré de liberté = 1				

Tableau 15

Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 3 (Enfant bruyant)

Caractéristiques cliniques		Groupe clinique N = 17	Groupe violenté N = 17	χ <sup>2</sup>
Ajout de personnages	présence	2	1	non calculable
	absence	15	16	
Persévération	présence	6	3	non calculable
	absence	11	14	
Ensemble des défenses	présence	4	8	2,06
	absence	13	9	
Défenses avant surmoi	présence	3	4	non calculable
	absence	14	13	
Défenses reliées au surmoi	présence	2	4	non calculable
	absence	15	13	
Refoulement	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Déni	présence	1	1	non calculable
	absence	16	16	
Retournement sur soi	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Acting-out	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Fabulation	présence	1	0	non calculable
	absence	16	17	
Isolation	présence	1	3	non calculable
	absence	16	14	
Annulation rétroactive	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Régression	présence	2	0	non calculable
	absence	15	17	
Formation réactionnelle	présence	1	0	non calculable
	absence	16	17	
Rationalisation	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Degré de liberté = 1				

Tableau 16

Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 4 (Pot de fleurs brisé)

Caractéristiques cliniques		Groupe clinique N = 17	Groupe violenté N = 17	X <sup>2</sup>
Ajout de personnages	présence	1	0	non calculable
	absence	16	17	
Persévération	présence	5	2	non calculable
	absence	12	15	
Ensemble des défenses	présence	3	9	4,64**
	absence	14	8	
Défenses avant surmoi	présence	2	5	non calculable
	absence	15	12	
Défenses reliées au surmoi	présence	1	6	non calculable
	absence	16	11	
Refoulement	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Déni	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Retournement sur soi	présence	0	1	non calculable
	absence	17	17	
<i>Acting-out</i>	présence	1	1	non calculable
	absence	16	16	
Fabulation	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Isolation	présence	1	4	non calculable
	absence	16	13	
Annulation rétroactive	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Régression	présence	0	2	non calculable
	absence	17	15	
Formation réactionnelle	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Rationalisation	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	

\*\* p < 0,05

Degré de liberté = 1

Tableau 17

Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 5 (Enfant tombé en bas de l'escalier)

Caractéristiques cliniques		Groupe clinique N = 17	Groupe violenté N = 17	X <sup>2</sup>
Ajout de personnages	présence	1	2	non calculable
	absence	16	15	
Persévération	présence	4	2	non calculable
	absence	13	15	
Ensemble des défenses	présence	7	4	1,21
	absence	10	13	
Défenses avant surmoi	présence	3	3	non calculable
	absence	14	14	
Défenses reliées au surmoi	présence	3	4	non calculable
	absence	14	13	
Refoulement	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Déni	présence	2	1	non calculable
	absence	15	16	
Retournement sur soi	présence	1	0	non calculable
	absence	16	17	
<i>Acting-out</i>	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Fabulation	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Isolation	présence	3	1	non calculable
	absence	14	16	
Annulation rétroactive	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Régression	présence	1	2	non calculable
	absence	16	15	
Formation réactionnelle	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Rationalisation	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Degré de liberté = 1				

Tableau 18

Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 6 (Enfant amenant des fleurs)

Caractéristiques cliniques		Groupe clinique N = 17	Groupe violenté N = 17	X <sup>2</sup>
Ajout de personnages	présence	1	0	non calculable
	absence	16	17	
Persévération	présence	4	3	non calculable
	absence	13	14	
Ensemble des défenses	présence	4	9	3,11*
	absence	13	8	
Défenses avant surmoi	présence	4	7	1,21
	absence	13	10	
Défenses reliées au surmoi	présence	2	4	non calculable
	absence	15	13	
Refoulement	présence	0	3	non calculable
	absence	17	14	
Déni	présence	2	3	non calculable
	absence	15	14	
Retournement sur soi	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Acting-out	présence	1	0	non calculable
	absence	16	17	
Fabulation	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Isolation	présence	1	4	non calculable
	absence	16	13	
Annulation rétroactive	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Régression	présence	1	0	non calculable
	absence	16	17	
Formation réactionnelle	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Rationalisation	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
* p < 0,1 Degré de liberté = 1				



Tableau 19

Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 7 (Enfant prenant ou rangeant quelque chose dans une armoire)

Caractéristiques cliniques		Groupe clinique N = 17	Groupe violenté N = 17	$\chi^2$
Ajout de personnages	présence	2	1	non calculable
	absence	15	16	
Persévération	présence	3	1	non calculable
	absence	14	16	
Ensemble des défenses	présence	2	7	non calculable
	absence	15	10	
Défenses avant surmoi	présence	2	5	non calculable
	absence	15	12	
Défenses reliées au surmoi	présence	0	3	non calculable
	absence	17	14	
Refoulement	présence	0	2	non calculable
	absence	17	15	
Déni	présence	0	2	non calculable
	absence	17	15	
Retournement sur soi	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
<i>Acting-out</i>	présence	0	2	non calculable
	absence	17	15	
Fabulation	présence	1	1	non calculable
	absence	16	16	
Isolation	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Annulation rétroactive	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Régession	présence	0	2	non calculable
	absence	17	15	
Formation réactionnelle	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Rationalisation	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Degré de liberté = 1				

Tableau 20

Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 8 (Enfants se chamaillant)

Caractéristiques cliniques		Groupe clinique N = 17	Groupe violenté N = 17	X <sup>2</sup>
Ajout de personnages	présence	1	1	non calculable
	absence	16	16	
Persévération	présence	3	0	non calculable
	absence	14	17	
Ensemble des défenses	présence	4	5	non calculable
	absence	13	12	
Défenses avant surmoi	présence	4	6	0,57
	absence	13	11	
Défenses reliées au surmoi	présence	3	3	non calculable
	absence	14	14	
Refoulement	présence	1	1	non calculable
	absence	16	16	
Déni	présence	2	1	non calculable
	absence	15	16	
Retournement sur soi	présence	1	0	non calculable
	absence	16	17	
Acting-out	présence	0	2	non calculable
	absence	17	15	
Fabulation	présence	0	2	non calculable
	absence	17	15	
Isolation	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Annulation rétroactive	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Régression	présence	1	1	non calculable
	absence	16	16	
Formation réactionnelle	présence	2	1	non calculable
	absence	15	16	
Rationalisation	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Degré de liberté = 1				

Tableau 21

Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 9 (Enfant sali ou blessé)

Caractéristiques cliniques		Groupe clinique N = 17	Groupe violenté N = 17	X <sup>2</sup>
Ajout de personnages	présence	2	1	non calculable
	absence	15	16	
Persévération	présence	2	1	non calculable
	absence	15	16	
Ensemble des défenses	présence	5	6	0,13
	absence	12	11	
Défenses avant surmoi	présence	4	6	0,57
	absence	13	11	
Défenses reliées au surmoi	présence	1	3	non calculable
	absence	16	14	
Refoulement	présence	0	2	non calculable
	absence	17	15	
Déni	présence	1	2	non calculable
	absence	16	15	
Retournement sur soi	présence	2	0	non calculable
	absence	15	17	
Acting-out	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Fabulation	présence	1	0	non calculable
	absence	16	17	
Isolation	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Annulation rétroactive	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Régression	présence	1	1	non calculable
	absence	16	16	
Formation réactionnelle	présence	2	1	non calculable
	absence	15	16	
Rationalisation	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Degré de liberté = 1				

Tableau 22

Différences au niveau du nombre de sujets par groupe présentant les caractéristiques cliniques pour la carte # 10 (Heure de se coucher)

Caractéristiques cliniques		Groupe clinique N = 17	Groupe violenté N = 17	X <sup>2</sup>
Ajout de personnages	présence	2	0	non calculable
	absence	15	17	
Persévération	présence	2	1	non calculable
	absence	15	16	
Ensemble des défenses	présence	3	6	non calculable
	absence	14	11	
Défenses avant surmoi	présence	3	5	non calculable
	absence	14	12	
Défenses reliées au surmoi	présence	1	2	non calculable
	absence	16	15	
Refoulement	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Déni	présence	1	2	non calculable
	absence	16	15	
Retournement sur soi	présence	1	0	non calculable
	absence	16	17	
<i>Acting-out</i>	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Fabulation	présence	1	0	non calculable
	absence	16	17	
Isolation	présence	1	1	non calculable
	absence	16	16	
Annulation rétroactive	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Régession	présence	0	1	non calculable
	absence	17	16	
Formation réactionnelle	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Rationalisation	présence	0	0	non calculable
	absence	17	17	
Degré de liberté = 1				

## Appendice 2

Tableau des différences de moyennes de rangs entre les groupes pour chacune des cartes

Tableau 23

Différences de moyennes de rangs des sujets des deux groupes pour les différentes caractéristiques cliniques obtenues à chacune des cartes

		Moyennes de rangs		U
Caractéristiques cliniques		Groupe clinique	Groupe violenté	
CARTE 1	Rapport	16,79	18,21	132,5
	Logique	18,24	16,76	132,0
	Ensemble des défenses	7,50	7,50	22,5
	Défenses avant surmoi	3,50	4,38	4,5
	Défenses reliées au surmoi	5,00	5,71	9,0
CARTE 2	Rapport	17,88	17,12	138,0
	Logique	19,41	15,59	112,0
	Ensemble des défenses	8,00	8,80	27,0
	Défenses avant surmoi	6,00	7,86	15,0
	Défenses reliées au surmoi	4,00	4,00	3,0
CARTE 3	Rapport	15,01	19,09	117,5
	Logique	15,15	19,85	104,5
	Ensemble des défenses	6,50	6,50	16,0
	Défenses avant surmoi	3,50	4,38	4,5
	Défenses reliées au surmoi	4,50	3,00	2,0

Tableau 23 (suite)

Différences de moyennes de rangs des sujets des deux groupes  
pour les différentes caractéristiques cliniques obtenues à chacune des cartes

		Moyennes de rangs		
	Caractéristiques cliniques	Groupe clinique	Groupe violenté	U
CARTE 4	Rapport	17,41	17,59	143,0
	Logique	18,06	16,94	135,0
	Ensemble des défenses	6,50	6,50	13,5
	Défenses avant surmoi	3,50	4,20	4,0
	Défenses reliées au surmoi	3,50	4,08	2,5
CARTE 5	Rapport	16,47	18,53	127,0
	Logique	17,88	17,12	138,0
	Ensemble des défenses	6,00	6,00	14,0
	Défenses avant surmoi	4,00	3,00	3,0
	Défenses reliées au surmoi	4,17	3,88	5,5
CARTE 6	Rapport	19,38	15,62	112,5
	Logique	16,91	18,09	134,5
	Ensemble des défenses	7,00	7,00	18,0
	Défenses avant surmoi	5,50	6,29	12,0
	Défenses reliées au surmoi	3,50	3,50	4,0

Tableau 23 (suite)

Différences de moyennes de rangs des sujets des deux groupes pour les différentes caractéristiques cliniques obtenues à chacune des cartes

		Moyennes de rangs		
	Caractéristiques cliniques	Groupe clinique	Groupe violenté	U
CARTE 7	Rapport	18,62	16,38	125,5
	Logique	17,18	17,82	139,0
	Ensemble des défenses	4,50	5,14	6,0
	Défenses avant surmoi	3,50	4,20	4,0
	Défenses reliées au surmoi	0	2,00	0
CARTE 8	Rapport	16,47	18,53	127,0
	Logique	18,68	16,32	124,5
	Ensemble des défenses	5,13	4,90	9,5
	Défenses avant surmoi	6,00	5,17	10,0
	Défenses reliées au surmoi	3,00	4,00	3,0
CARTE 9	Rapport	16,68	18,32	130,5
	Logique	16,56	18,44	128,5
	Ensemble des défenses	5,50	6,42	12,5
	Défenses avant surmoi	6,25	5,00	9,0
	Défenses reliées au surmoi	2,00	2,67	1,0



Tableau 23 (suite)

Différences de moyennes de rangs des sujets des deux groupes pour les différentes caractéristiques cliniques obtenues à chacune des cartes

		Moyennes de rangs		
	Caractéristiques cliniques	Groupe clinique	Groupe violenté	U
CARTE 10	Rapport	18,06	16,94	135,0
	Logique	15,71	19,29	114,0
	Ensemble des défenses	5,00	5,00	9,0
	Défenses avant surmoi	4,83	4,30	6,5
	Défenses reliées au surmoi	2,00	2,00	1,0

## Remerciements

Je désire exprimer ma reconnaissance à Madame Ercilia Palacio-Quintin, Ph.D., professeure, qui a su voir à la préparation et la supervision de ce mémoire. Je lui suis reconnaissante pour son appui et ses conseils.

## Références

- ALTEMEIER, W.A., O'CONNOR, S., VIETZE, P., SANDLER, H. and SHERROD, K. (1984). Prediction of child abuse: A prospective study of feasibility. *Child abuse and neglect*, 8, 393-400.
- AMERICAN ASSOCIATION FOR PROTECTING CHILDREN. (1988). *Highlights of official child neglect and abuse report: 1986*. Denver: American humane association.
- APPELBAUM, A.S. (1977). Developmental retardation in infants as a concomitant of physical child abuse. *Journal of abnormal child psychology*, 5, 417-423.
- AVISON, W.R., TURNER, R.J. and NOH, S. (1986). Screening for problem parenting: Preliminary evidence on a promising instrument. *Child abuse and neglect*, 10, (No. 2), 157-170.
- AZAR, S.T. and ROHRBECK, C.A. (1986). Child abuse and unrealistic expectations: Further validation of the Parent Opinion Questionnaire. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54, (No. 6), 867-868.
- BALDWIN, J.A. and OLIVER, J.E. (1975). Epidemiology and family characteristics of severely-abused children. *British Journal of preventive and social medicine*, 29, 205-221.
- BARAHAL, R.M., WATERMAN, J. and MARTIN, H. P. (1981). The social cognitive development of abused children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 49, (No. 4), 508-516.
- BELSKY, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American psychologist*, 35, 320-335.
- BLUMBERG, M.L. (1981). Depression in abused and neglected children. *American Journal of psychotherapy*, 35, 342-355.
- BOUCHARD, C., CHAMBERLAND, C. et BEAUDRY, C., (1987). Les mauvais traitements envers les enfants: Une étude des facteurs macro et micro-économiques, in J. Guay (Ed.): *Manuel de psychologie communautaire* (pp. 43-58). Chicoutimi: Gaétan Morin.
- BOUSHA, D.M. and TWENTYMAN, C.T. (1984). Mother-child interactional style in abuse, neglect, and control groups: naturalistic observations in the home. *Journal of abnormal psychology*, 93, 106-114.
- BROWNE, K. and SAQI, S. (1988). Approches to screening for child abuse and neglect, in K. Browne, C. Davies, P. Stratton (Ed.): *Early prediction and prevention of child abuse* (pp. 57-85). New York: Wiley and sons.

- CAFFEY, J. (1957). Some traumatic lesions in growing bones other than fractures and dislocations; clinical and radiological features. *British Journal of radiology*, 30, 225-238.
- CARLSON, V., CICHETTI, D., BARNETT, D. and BRAUNWALD, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental psychology*, 25, 525-53.
- CHAMBERLAND, C., BOUCHARD, C. et BEAUDRY, J. (1986). Conduites abusives et négligentes envers les enfants: réalités canadiennes et américaines. *Revue Canadienne des sciences du comportements*, 18, (No. 4), 391-412.
- CICHETTI, D. (1989). Perspectives from developmental psychopathology, in D. CICHETTI, V. CARLSON V. (Ed.): *Child maltreatment* (pp. 377-432). Cambridge: Cambridge University Press.
- COMITE DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (1988). *Rapport d'activités 1987-1988*. Québec: Les Publications du Québec.
- COMITE DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (1989). *Rapport d'activités 1988-1989*. Québec: Les Publications du Québec.
- COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS (1985). AMA Diagnostic and treatment guidelines concerning child abuse and neglect. *Journal of American Medical Association*, 254, 796-800.
- CRYAN, J. R. (1985). Intellectual, emotional and social deficits of abused children: A review. *Childhood education*, 61, (No. 5), 388-392.
- DENSEN-GERBER, J. (1979). Sexual and commercial exploitation of children. Legislative responses and treatment challenges. *Child abuse and neglect*, 3, 61-66.
- DISBROW, M.A., DOEER, H. and CAUFIELD, C. (1977). Measuring the components of parents' potential for child abuse and neglect. *Child abuse and neglect*, 1, 279-296.
- DOTTY, R.E. (1989). The development of a self-report screening questionnaire for child abuse. *Dissertation abstract international*, 50/08-A, 2428. (Résumé)
- DROUIN, M. (1980). *Rapport du colloque sur la violence, région métropolitaine de Montréal*. Montréal: Ministère de la justice du Québec.
- DUBE, R. et ST-JULES, M. (1987). *Protection de l'enfant: réalités de l'intervention*. Montréal: Gaëtan Morin.
- EGELAND, B. and SROUFE, A. (1981). Developmental sequelae of maltreatment in infancy. *New directions for child development*, 11, 77-92.
- EGELAND, B., SROUFE, A. and ERICKSON, M. (1983). The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child abuse and neglect*, 7, 459-469.

- ELRIDGE, A. and FINNICAN, M. (1985). Applications of self psychology to the problem of child abuse. *Clinical social work journal*, 13, (No. 1), 50-61.
- ESTROFF, T., HERRERA, C., GAINRS, R., SHAFFER, D., GOULD, M. and GREEN, A. (1984). Maternal psychopathology and perception of child behavior in psychiatrically referred and child maltreatment families. *Journal of the american child psychiatry*, 23, (No. 6), 649-652.
- ETHIER, L.S., PALACIO-QUINTIN, E. et JOURDAN-IONESCU, C. (sous presse). A propos du concept de maltraitement: abus et négligence, deux entités distinctes? *Santé mentale au Canada*.
- ETHIER, L.S. and PALACIO-QUINTIN, E. (1991). Abused children and their families. In G. Kaiser, H. Kury and Albrecht (Eds), *Particular Groups of Victims. Victims and Criminal Justice*, Vol. 52 (pp. 393-414). Freiburg: Max Planck Institute Series.
- ETHIER, L.S., PALACIO-QUINTIN, E., JOURDAN-IONESCU, C., LACHARITÉ, C. et COUTURE, G. (1991). *Évaluation multidimensionnelle des enfants victimes de négligence et violence parentale*. Rapport final soumis à SBESC, 61 p.
- FARBER, E.D., KINAST, C. FALKNER, D. and MCCOARD, W. D. (1984). Violence in families of adolescent runaways. *Child abuse and neglect*, 8, 295-299.
- FARBER, E.D. and JOSEPH, J.A., (1985). The maltreated adolescent: Patterns of physical abuse. *Child abuse and neglect*, 9, 201-209.
- FREUD, A. (1952). *Le moi et les mécanismes de défenses*. Paris: PUF, Bibliothèque de psychanalyse et de psychologie clinique.
- FRIEDRICH, W.N. and BORISKIN, J. A. (1976). The role of the child in abuse: A review of the literature. *American Journal of orthopsychiatry*, 46, 580-590.
- FRODI, A.M. and LAMB, M.E. (1980). Child abusers' responses to infant smiles and crises. *Child development*, 51, 238-41.
- GADDINI, R. (1984). On the origins of the battered child syndrome: Abuse as acting out of preverbal events. *Child abuse and neglect*, 8, 41-45.
- GAENSBAUER, T. and SANDS K. (1979). Distorted affective communications in abused, neglected infants and their potential impact on caretakers. *Journal of the american academy of child psychiatry*, 18, (No. 1-4), 236-250.
- GARBARINO, J. (1977). A preliminary study of some ecological correlates of child abuse: the impact of socioeconomic stress on mothers. *Child development*, 47, (No. 1), 178-185.
- GARBARINO, J., STOTT, F.M. and FACULTY OF THE ERICKSON INSTITUTE (1989). *What children can tell us*. San Francisco: Jossey Bass Ed.

- GELLES, R. (1975). The social construction of child abuse. *American Journal of orthopsychiatry*, 48, 580-592.
- GEORGES, C. and MAIN, M. (1979). Social interactions of young abused children approach avoidance and aggression. *Child development*, 50, 306-318.
- GREEN, A. (1984). Child maltreatment: Recent studies and future directions. *Journal of the american academy of child psychiatry*, 23, 675-678.
- GREEN, A.H., GAINES, R.W. and SANDGRUND, A. (1974). Child abuse: pathological syndrome of family interaction. *American Journal of psychiatry*, 131, 882-886.
- GREGORY, H.M. and BEVERIDGE, M.C. (1984). The social and educational adjustment of abused children. *Child abuse and neglect*, 8, 525-531.
- GROENEVELD, L.G. and GIOVANNONI, J.M. (1977). Variations in child abuse reporting: the influence of state and country characteristics. Mimeographed. The disposition of child abuse and neglect cases. *Social work research and abstracts*, 13, 36-47.
- GROOTHUIS, J.R., ALTEMEIER, W.A., ROBARGE, J., O'CONNER, S., SANDLER, H., VIETZE, P. and LUSTIG, J. (1982). Increased child abuse in family with twins. *Pediatrics*, 70, (No. 5), 769-773.
- HAIR, J.F., ANDERSON, R.E. and TATHAM, R.L. (1987). *Multivariate data analysis*. New York: Macmillan Publishing Company.
- HALLETT, C. (1988). Research in child abuse: some observations on the knowledge base. *Journal of reproductive and infant psychology*, 6, (No. 3), 248-255.
- HÉNAULT, B. et PALACIO-QUINTIN, E. (1991). Le développement cognitif des enfants maltraités. Congrès de l'ACFAS, Sherbrooke.
- HERMAN, J.L. and PERRY, J.C. (1989). A childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of psychiatry*, 46, (No. 4), 490-495.
- HOFFMAN-PLOTKIN, D. and TWENTYMAN, C.T. (1984). A Multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child development*, 55, 794-802.
- HOVES, C. and ESPINOSA, M.P. (1985). The consequences of child abuse for the formation of relationship with peers. *Child abuse and neglect*, 9, 397-404.
- HYMAN, C.A. (1980). Families who injure their children, in N. Frudel (Ed.): *Psychological approaches to child abuse* (pp. 148-163). London: Batsford.
- JAUDES, P.K. and DIAMOND, L.J., (1985). The handicapped child and child abuse. *Child abuse and neglect*, 9, 341-347.

- JOURDAN-IONESCU, C., COUTURE, G. et PALACIO-QUINTIN, E. (1991). Développement général et développement intellectuel d'enfants maltraités. Affiche au 14ème congrès annuel de la SQRP. Trois-Rivières.
- KADUSHIN, A. and MARTIN, J.A. (1981). *Child abuse: An international event*. New York: Columbia University Press.
- KAPLAN, S.J., PELCOVITZ, D., SALZINGER, S. and GANELES, D. (1983). Psychopathology of parents of abused and neglected children and adolescents. *Journal of the american academy of child psychiatry*, 22, 238-244.
- KAUFMAN, K.L. and WALKER, C.E., (1986). The child abuse potential inventory, in, D.J. Keyser, R.C. Sweetland (Ed): *Tests critiques*, 5, (pp. 55-64). Kansas: General Editors.
- KAZDIN, A.E., MOSER, J., COLBUS, D. and BELL, R. (1985). Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed children. *Journal of abnormal psychology*, 94, 298-307.
- KEMPE, C.H. (1976). Approach to preventing child abuse: The health visitors concept. *American journal of diseases in children*, 130, (No. 9), 941-947.
- KEMPE, C.H., SILVERMAN, F.N., STEELE, B.F., DROEGEMULLER, W. and SILVER, H.K. (1962). The battered child syndrome. *Journal of american medicine association*, 181, 17-24.
- KEMPE, R.S. and KEMPE, C.H. (1978). *Child abuse*. London: Fontana/Open Books.
- KINARD, M. E. (1980). Emotional development in physically abused children. *American Journal of orthopsychiatry*, 50, 686-696.
- KINARD, M. E. (1982). Aggression in abused children: Differential responses to the Rosenzweig Picture-Frustration study. *Journal of personality assessment*, 46, (No. 2), 139-141.
- KRUGMAN, R.D. and KRUGMAN, M.K. (1984). Emotional abuse in the classroom. *American journal of diseases children*, 138, 284-286.
- LYNCH, M.A. (1988). The consequences of child abuse, in K. Browne, C. Davies, P. Stratton (Ed.): *Early prediction and prevention of child abuse* (pp. 203-213). New York: Wiley & Sons.
- LYNCH, M.A. and ROBERTS, J. (1977). Predicting child abuse. *Child abuse and neglect*, 1, 491-492.
- LYON-RUTH, K., CONNELL, B.D., ZOLL, D. and STAHL, J. (1987). Infants at social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behavior and infant attachment behavior. *Developmental psychology*, 23, (No. 2), 223-232.



- MAIN, M. and GOLDWYN, R. (1984). Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience; Implications for the abused-abusing intergenerational cycle. *Child abuse and neglect*, 8, 203-217.
- MARTIN, H.P. and RODEHEFFER, M. A. (1976). The psychological impact of abuse on children. *Journal of pediatric psychology*, 1, 12-16.
- MCCABE, V. (1984). Abstract perceptual information for age level: A risk for maltreatment. *Child development*, 55, 267-276.
- MCCARTHY, J. B. (1990). Abusive families and character formation. *The American Journal of psychoanalysis*, 50, 181-186.
- MCCORD, J. (1983). A forty year perspective on effects of child maltreatment. *Child abuse and neglect*, 7, 265-270.
- MILNER, J.S. and WIMBERLY, R.C. (1979). An inventory for the identification of child abuseurs. *Journal of clinical psychology*, 35, 95-100.
- MORRIS, M. and GOULD, R. (1982). *Role reversal: A necessary concept in dealing with the battered child syndrome. In the neglected-battered child syndrome*. New York: Child Welfare League of America.
- MORVAL, M.V.G. (1982). *Le T.A.T. et les fonctions du moi: propédeutique à l'usage du psychologue clinicien* (2e éd. rev.). Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- MUIR, R.C., MONAGHAN, S.M., GILMORE, R.J., CLARKSON, J.E., CROOKS, T.J. and EGAN, T.G. (1989). Predicting child abuse and neglect in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 23, 255-260.
- MYRE, J.G. (1986). *Les enfants mal-aimés, Guide à l'intention des professionnels et du Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- NATIONAL COMMITTEE ON TEST STANDARDS (1967). Three characteristics of validity, in D.A. PAYNE and R. MCMORRIS (Ed): *Educational and psychological measurement: contributions to theory and practice* (pp.75-81). Waltham: Blaisdell Publishing Company.
- OATES, K.R., PEACOCK, D. and FORREST, D. (1984). The development of abused children. *Developmental medicine and child neurology*, 26, 649-656.
- OUELLET, A. (1978). La loi sur la protection de la jeunesse et son implantation. *Intervention*, 5, (No. 2), 5-8.
- PALACIO-QUINTIN, E. (sous presse). Comment les enfants perçoivent leurs parents: une méthode de dépistage des enfants maltraités. In Pronovost et al. (Ed.) *Comprendre la famille*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

- PALACIO-QUINTIN, E. (1991). Detecting Young Victims of Physical Abuse. In G. Kaiser, H. Kury & Albrecht (Ed.) *Particular Groups of Victims. Victims and Criminal Justice*. Vol. 52. (pp. 373-392). Freiburg: Max Planck Institute Series.
- PALACIO-QUINTIN, E. (1989). *Dépistage des enfants victimes de violence*. Document photocopié, GREDE, Université du Québec à Trois-Rivières.
- PARKER, D. and COLLMER, C. (1975). Child abuse: An interdisciplinary review. In E. M. Hetherington (Ed.): *Review of child development research* (pp.509-590). Chicago: University of Chicago Press.
- PATTERSON, G.R. (1971). *Families: Applications of the social learning to family life*. Champaign: Research Press.
- PAULSON, M.J., SCHWEMER, G.T. and BENDEL, R.B. (1976). Clinical application of the Pd, Ma and (OH) experimental MMPI scales to further understanding of abusive parents. *Journal of clinical psychology*, 32, (No. 3), 558-564.
- PERRY, M.A., DORAN, L.D. and WELLS, E.A. (1983). Development and behavioral characteristics of the physically abused child. *Journal of clinical child psychology*, 12, 320-324.
- PLOTKIN, R.C., TWENTYMAN, C.T. and PERRI, M.G. (1982). The utility of aggression differentiating abusing parents from other parents who are expecting family disturbance. *Journal of clinical psychology*, 38, (No. 3), 607-610.
- ROBINSON, K. (1976). *L'enfance maltraitée et négligée, Rapport à la Chambre des Communes, comité permanent de la santé, du bien-être et des affaires sociales*. Ottawa: Approvisionnement et Services Canada.
- ROSENZWEIG, S., FLEMING, E.E. and ROSENZWEIG, L. (1948). The children's from the Rosenzweig Pictures-Frustration Study. *Journal of psychology*, 26, 141-191. Version et validation française de Pichot, Freson et Danjon, (1965) Paris: Centre de Psychologie Appliquée.
- ROULEAU, F. (1984). *L'écologie de l'enfant maltraité: Rapport préliminaire*. Montréal: DSC de l'Hôpital du Sacré-Cœur.
- SEGUIN, L. et ROCHELEAU, L. (1988). Et la petite enfance? Dossier: Le bien-être. *Santé société*, 10, (No.2), 41-44.
- SLADE, B.B., STEWARD, M.S., MORRISON, T.L. and ABRAMOWITZ, S.I. (1984). Locus of control, persistence, and use of contingency information in physically abused children. *Child abuse and neglect*, 9, 447-457.
- STEINBERG, L.D., CATALANO, R. and DOOLEY, D. (1981) Economic antecedents of child abuse and neglect. *Child development*, 52, 975-85.

- STRAUS, M. A. (1979). Family patterns and child abuse in a nationally representative sample. *Child abuse and neglect*, 3, 213-225.
- SWARTZ, J. (1986). Runaways often sexually abused: Symposium. *Canadian medical association journal*, 134, 944-948.
- TOURIGNY, M. (1988). *L'enfance maltraitée: dépistage et prévention*. Montréal: Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse.
- WHITE, R., BENEDICT, M., WULFF, L. and KELLY, M. (1987). Physical disabilities as risk factors for child maltreatment: a selected review. *American journal of orthopsychiatry*, 57, (No. 1), 93-101.
- WHITTEN, C.F. (1981) Growth failure, in N. S. Ellerstein (Ed.): *Child abuse and neglect a medical reference* (pp. 35-43). New York: John Wiley and Sons.
- WINIKOFF, B. (1983). The effects of birth spacing on child and maternal health. *Studies on family planning*, 14, (No. 10), 231-45.
- WOLFE, D.A. and MOSK, M.D. (1983). Behavioral comparisons of children from abusive and distressed families. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51, 702-708.
- WOOD-SHUMAN, S. and CONE, J. (1986). Differences in abusive, at-risk for abuse and control mothers' descriptions of normal child behavior. *Child abuse and neglect*, 10, 397-405.
- ZELLER, C. et MESSIER, C. (1987). *Des enfants maltraités au Québec?*. Québec: Les publications du Québec.